

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N^o

397

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 15 juin 1898, à 1 heure

Par FRANK BARADUC

Né à Montaignut-en-Combrailles (Puy-de-Dôme), le 11 novembre 1869

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Ancien aide d'anatomie à la Faculté.

TRAITEMENT

DES

KYSTES HYDATIQUES ABDOMINAUX

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. KIRMISSON, }
 DELBET , } agrégés.
 BROCA, }*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

397

Année 1898

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 15 juin 1898, à 1 heure

Par FRANK BARADUC

Né à Montaigut-en-Combrailles (Puy-de-Dôme), le 11 novembre 1869

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Ancien aide d'anatomie à la Faculté.

TRAITEMENT

DES

KYSTES HYDATIQUES ABDOMINAUX

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. KIRMISSON, } agrégés.
DELBET, }
BROCA, }*



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DEBOVE.
	{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	TERRIER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies nerveuses	JOFFROY.
	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	BERGER.
Clinique des voies urinaires	PANAS.
Clinique d'accouchements	{ GUYON.
	{ PINARD.
	{ BUDIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	GAUCHER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN	GILBERT.	MENETRIER.	THIERY.
ANDRÉ.	GILLES DE LA TOURETTE	NELATON.	THOINOT.
BAR.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	HARTMANN.	POIRIER, Chef de tra-	VARNIER.
BROCA.	HEJM.	vaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LETULLE.	RICARD.	WIDAL.
Pierre DELBET.	MARFAN.	ROGER.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté : PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

INTRODUCTION

Les kystes hydatiques à développement abdominal, quel que soit leur point de départ : portions antéro-supérieure ou antéro-inférieure du foie, rate, rein, péritoine, etc., se présentent au chirurgien dans des conditions très souvent analogues. Et, si l'étude anatomique de ces kystes y montre des différences très réelles et très grandes, les uns étant souvent inclus profondément dans un organe et uniloculaires comme dans le foie, d'autres pédiculés comme un kyste de l'ovaire, et d'autres enfin multiples et disséminés comme les kystes péritonéaux, nous pensons qu'ils peuvent être réunis avec intérêt dans une étude d'ensemble au point de vue purement thérapeutique.

Développés dans la cavité abdominale en connexion avec les mêmes organes, ils empruntent tous à ce siège spécial une physionomie particulière, sont exposés aux mêmes accidents et offrent au chirurgien les mêmes dangers.

C'est ainsi qu'au point de vue thérapeutique un kyste hydatique antéro-supérieur ou antéro-inférieur du foie est beaucoup plus voisin d'un kyste de la face interne de la rate, qu'il ne l'est lui-même d'une tumeur hydatide, développée sur sa convexité et proéminente dans la cavité thoracique. Ces deux tumeurs hépatiques très différentes cliniquement seront encore plus éloignées si on considère leur traitement. Les mêmes méthodes ne pourront leur être appliquées, elles seront justiciables d'interventions très différentes, impossi-

bles à comparer entre elles, même lorsqu'elles relèveront du même principe. Et s'il est difficile d'établir un parallèle entre des procédés différents, lorsque ces procédés sont appliqués à des tumeurs de même nature il est vrai, mais de siège et de connexion aussi dissemblables, nous pensons au contraire qu'on peut faire avec fruit l'étude critique des différentes méthodes de traitement des kystes hydatiques, en tant que méthodes appliquées à la thérapeutique des seuls kystes développés dans la région abdominale. Tel sera le but de ce travail. Nous laisserons systématiquement de côté les kystes nés dans un organe abdominal mais développés dans la cavité thoracique ou vers la région lombaire, malgré les questions très intéressantes qu'ils soulèvent, ceux-ci avec Villaret, ceux-là, depuis les travaux d'Israël et de Segond. Nous n'envisagerons que les kystes développés dans la cavité abdominale, à quelque organe qu'ils appartiennent. Nous pourrons ainsi passer en revue les différentes méthodes appliquées aujourd'hui au traitement des kystes hydatiques, et les comparer là où elles peuvent être comparables.

De toutes les méthodes qui depuis 1825 se partagent les faveurs des médecins et des chirurgiens, on peut dire que deux seules persistent aujourd'hui, la marsupialisation et la ponction simple ou suivie d'injection parasiticide. Certes la marsupialisation a constitué un réel progrès sur les méthodes antérieures et elle peut compter comme une des bonnes acquisitions de la chirurgie moderne, mais elle n'est encore que médiocrement satisfaisante.

On comprend qu'en présence de l'incertitude de ses résultats, de la lenteur de la guérison, de ses fistules interminables et de ses éviscérations trop souvent consécutives, les

ponctions suivies d'injections parasitocides aient gagné du terrain et joui d'une grande vogue dans ces dix dernières années. Mais nous voudrions montrer que la chirurgie a mieux que la marsupialisation à opposer aux méthodes médicales, et qu'une phase nouvelle commence dans le traitement des kystes hydatiques abdominaux. Sans parler de l'énucléation qui constitue évidemment la méthode idéale, mais exceptionnellement praticable, nous avons surtout en vue le procédé de *l'incision avec capitonnage de la poche et sans drainage consécutif*, tel que l'a décrit Pierre Delbet dans ses communications à l'Académie de médecine du 11 février et du 5 mai 1896.

C'est à notre excellent maître que nous devons l'idée de ce travail, dans le cours duquel il nous a constamment éclairé et conseillé. Nous lui devons beaucoup, qu'il soit assuré de notre reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Les méthodes de traitement dirigées contre les kystes hydatiques sont fort nombreuses. Un historique complet a été fait maintes fois dans d'importantes monographies : l'article de M. Rendu du *Dictionnaire Dechambre*, les *Traité de médecine et de chirurgie*, la Revue de Poulet (1886) (1), les thèses de Braine (1887), de Potherat (1889), de Demars (1889), pour ne citer que les principales.

Beaucoup de ces méthodes sont tombées dans un juste discrédit et n'ont plus qu'un intérêt purement historique. C'est à ce titre seul que nous les citerons, sans discuter ni leur manuel opératoire, ni leurs résultats, puisque nous sommes aujourd'hui fixés sur la complète insuffisance des unes, sur le danger et l'inutilité des autres, remplacées par des procédés plus perfectionnés.

Au premier rang des moyens de traitement justement tombés en désuétude, nous trouvons la médication interne. Aucune drogue prise à l'intérieur ne peut guérir un kyste hydatique.

Nous pouvons en dire autant de l'acupuncture conseillée par Cruveilhier et imaginée par Trousseau ; de l'électro-puncture préconisée par Thorarensen, défendue en France par Dujar-

(1) POULET, *Rev. de chirurgie*, juin 1886.

din-Beaumetz, Henrot (de Reims) et Apostoli. Ces méthodes peuvent être considérées comme inefficaces, puisqu'elles n'ont pas à leur actif un seul cas de guérison définitive, et comme dangereuses, par les adhérences et les suppurations qu'elles déterminent.

Nous ne retenons la ponction capillaire simple de Jobert de Lamballe que parce qu'elle est l'origine des nombreuses méthodes de ponctions usitées à l'heure actuelle. La ponction capillaire de Jobert, modifiée et perfectionnée par Dieulafoy et Potain a soulevé un véritable enthousiasme à l'époque où la chirurgie en était encore aux trocars à demeure et aux caustiques.

A la ponction évacuatrice simple succède la ponction suivie d'injection parasiticide inaugurée par A. Voisin en 1857, après avoir été conseillée par Cadet de Gassicourt et Dolbeau. De là sont nées les importantes méthodes modernes de Bacelli, de Debove et de Hanot. Ces méthodes jouissent depuis dix ans d'un grande faveur parmi les médecins, elles ont soulevé de nombreuses discussions et nous leur consacrerons un important chapitre dès le début de ce travail.

Nous arrivons maintenant à des procédés plus chirurgicaux. L'histoire chirurgicale du traitement des kystes hydatiques se divise naturellement en deux périodes : avant et après l'antisepsie. La 1^{re} période s'étend de 1825 à 1880. La crainte du péritoine domine encore toute la chirurgie abdominale qui s'essaie timidement dans des procédés aujourd'hui complètement abandonnés. Récamier (1) inaugure cette première période en 1825 en imaginant le procédé des causti-

(1) RÉCAMIER, *Rev. méd. franç. et étrangère*, 1825, t. VI.

ques, appliquant ainsi aux kystes kydatiques la méthode de Graves pour les abcès du foie. Au procédé de Récamier se rattachent ceux de Richet qui emploie le chlorure de zinc, au lieu de la pierre à cautère ou de la potasse caustique dont se servait Récamier, de Demarquay qui emploie la pâte de Vienne, et le procédé de la flèche caustique de Tillaux (1) complètement abandonné aujourd'hui par son auteur.

La méthode de Récamier a été justement abandonnée ; la lenteur désespérante du procédé, les complications septiques auxquelles elle exposait les opérés, les désastres qu'elle a déterminés, la font ranger aujourd'hui parmi les procédés qui n'ont plus qu'une valeur historique. 1/3 des malades opérés par Hjaltekin (2) suivant cette méthode ont succombé, et Demars (3), sur 9 observations qu'il cite dans sa thèse, donne 2 morts.

Non moins meurtrière fut la méthode de l'incision en deux temps dont Récamier avait eu l'idée et que Bégin (4) réalisa en 1830. L'ouverture du péritoine qui constituait le 1^{er} temps de l'opération, et, l'application sur la plaie d'un pansement septique ne pouvait que produire des désastres. Cette opération beaucoup trop hardie à une époque où l'antisepsie n'existait pas, sera reprise plus tard avec succès sous le couvert de cette même antisepsie, et nous reviendra d'Allemagne sous le nom de méthode de Volkmann.

Les insuccès de ces méthodes font naître l'idée de traiter les kystes hydatiques par la ponction avec un gros trocart laissé à demeure, ou remplacé après l'évacuation du liquide

(1) TILLAUX, *Traité de chirurgie clinique*, t. II.

(2) HJALTEKIN, *Brit. med. journ.*, août 1889.

(3) DEMARS, Th. doct. Paris, 1889.

(4) BÉGIN, *Journal hebdomad.*, t. I.

par une grosse sonde. Boinet en 1851 réalisa le premier ce procédé. C'est également à Boinet qu'on doit le procédé de la double ponction, connu en Allemagne sous le nom de méthode de Simon de Heidelberg, et perfectionné en France par Verneuil. Nous ne chercherons pas à décrire ces méthodes qui ne sont plus jamais employées.

Tel est le bilan de l'ère præantiseptique et nous pourrions conclure avec Potherat (1) : « Sans nier les bénéfices de ces méthodes de traitement, alors qu'on n'en possédait pas d'autres, et, tout en reconnaissant qu'elles ont réalisé un grand progrès, qui, en même temps qu'il fait le plus grand honneur à leurs auteurs, a donné des succès certains, nous estimons que la méthode des caustiques, et, même de la double incision doivent céder le champ à l'incision unique, étendue, qui en même temps qu'elle permet de voir ce que l'on fait, crée cette large voie évacuatrice que ces anciennes méthodes recherchaient si péniblement. »

La méthode antiseptique transforme le traitement des kystes hydatiques, comme elle a transformé le reste de la chirurgie. Volkmann (2) en 1877 l'applique à la vieille incision en deux temps de Récamier et de Bégin et obtient grâce à elle d'incontestables succès. Son procédé reste longtemps classique en Allemagne ; mais il n'est qu'un procédé de transition entre les deux époques præ et post-antiseptique, et il va bientôt disparaître devant un autre plus moderne et plus chirurgical, *l'incision large en un temps*.

Le procédé timide et insuffisant de Volkmann est remplacé par une véritable laparotomie. Celle-ci nous vient de l'Inde.

(1) POTHERAT, Th. doct. Paris, 1889.

(2) VOLKMANN, VI^e Congrès des chirurgiens allemands.

Et de même que Récamier avait appliqué aux kystes hydatiques la méthode de Graves pour les abcès du foie, Lindemann leur applique celle de Stromeyer-Little pour ces mêmes abcès. Le procédé de Lindemann, décrit par son élève Kirchener (1), est modifié par Landau (2). Mais dès lors *l'incision large du kyste avec drainage consécutif après fixation de la poche à la paroi, c'est-à-dire la marsupialisation* est née. Le procédé de Lindemann-Landau est adopté en Angleterre dès 1880 par Lawson Tait (3), et vers 1885 seulement en France où il est vulgarisé par Terrier, Championnière, Richelot, Trélat, Segond, Bouilly, Campenon, Monod, Reclus, etc. (4). Dès lors la *marsupialisation* devient le procédé classique de traitement des kystes hydatiques abdominaux ; elle l'est encore à l'heure actuelle.

En possession de cette méthode qui a réalisé un immense progrès dans le traitement des kystes hydatiques, la chirurgie ose dès lors des procédés plus radicaux.

Le kyste ouvert et vidé, on résèque d'abord une partie de ses parois autant qu'il est possible, de façon à diminuer d'autant la cavité à combler ; puis, quelques chirurgiens vont plus loin, et, suivant en cela l'exemple de Lawson Tait (5), tentent l'énucléation complète du kyste, dont Vigneron (6) réuni plusieurs exemples dans sa thèse.

Mais l'énucléation ne pouvait être, comme nous le montrons plus loin, qu'un procédé d'exception, et la *marsupialisation* avec résection plus ou moins étendue des parois du

(1) KIRCHENER, Inaugur. dissert., Berlin, 1879.

(2) LANDAU, *Berlin. klin. Wochens.*, 1880.

(3) LAWSON TAIT, *The Lancet*, 1880.

(4) *Mémoires de la Société de chirurgie*, 1885 et 1886.

(5) LAWSON TAIT, obst. 1, in thèse de BRAINE, 1886.

(6) VIGNERON, Th. doct, Paris, 1895.

kyste, était toujours considérée comme la méthode la meilleure, et la plus couramment pratiquée. Cependant Thornton en Angleterre dès 1883, et Billroth en 1892 en Autriche, avaient tenté avec succès de réduire le kyste dans l'abdomen sans le drainer, après l'avoir incisé, vidé et suturé. Ce procédé était à peu près complètement ignoré en France lorsque M. Pierre Delbet communiqua à l'Académie de médecine (1) deux opérations de kystes hydatiques pratiquées suivant une méthode analogue à celle de Thornton et de Billroth. Comme eux M. Pierre Delbet *suture le kyste sans le drainer* ; mais, il ajoute à ce procédé le *capitonnage* de la membrane adventice destiné à rétrécir considérablement la poche kystique avant de la réduire dans l'abdomen.

Telles sont les nombreuses méthodes qui ont été appliquées au traitement des kystes hydatiques abdominaux. Parmi elles beaucoup n'ont plus qu'un intérêt historique, et de cette longue énumération nous ne retiendrons pour les étudier plus complètement, dans leur manuel opératoire, leurs indications, et leurs résultats que : la ponction évacuatrice simple ou suivie d'injection parasiticide, la marsupialisation, l'enucléation et l'incision sans drainage avec ou sans capitonnage.

(1) PIERRE DELBET, *Bulletins de l'Académie de médecine*, 18 février et 26 mai 1896.

CHAPITRE II

Ponction évacuatrice simple.

La *ponction capillaire simple non évacuatrice* de Jobert de Lamballe cherchait à amener la mort des hydatides par la piqûre des parois. A cette méthode doit se rattacher celle des *ponctions avec évacuation partielle* défendue par Borgherini et Murchinson (1). La méthode de Jobert de Lamballe est aujourd'hui tombée dans un juste discrédit, et tous les partisans de la ponction capillaire simple déclarent qu'elle doit être aussi *évacuatrice* que possible.

Cette ponction évacuatrice totale se propose de tuer les hydatides en les privant de leur liquide. Elle se pratique toujours avec l'appareil aspirateur de Dieulafoy ou de Potain. Le mode opératoire est des plus simples. Les précautions antiseptiques les plus rigoureuses prises, on enfonce l'aiguille ou le trocart toujours assez fins au point culminant de la tumeur et on procède à l'évacuation aussi complète que possible de la poche kystique. Quelques précautions doivent être prises après l'opération : pansement occlusif sur la petite plaie faite par l'aiguille, bandage de corps modérément serré, repos absolu pendant 24 heures au moins, et même opium à l'intérieur pour immobiliser les anses intestinales suivant le conseil de Murchinson.

(1) MURCHINSON, *Traité des maladies du foie*, 1878.

Si une première ponction ne guérit pas le malade on la répète. Et les promoteurs de la méthode n'hésitaient pas à la répéter un grand nombre de fois ; une malade de M. Dieulafoy subit jusqu'à 300 ponctions. Mais Murchinson, Dieulafoy (1), Jaccoud ne sont plus suivis dans cette voie des ponctions indéfiniment répétées ; et M. Chauffard (2) déclare que si « une première ponction aspiratrice n'a pas donné la guérison, il faut passer à une intervention plus énergique ».

Telle est cette ponction aspiratrice avec évacuation complète qui a soulevé, il y a quelques années, un véritable enthousiasme, mais qui n'est plus que bien rarement pratiquée aujourd'hui.

Voyons maintenant quels sont ces résultats.

Il n'est pas douteux que cette méthode compte à son actif un grand nombre de guérisons. Murchinson donne sur 103 cas 80 guérisons, 16 suppurés et guéris chirurgicalement, et 7 morts.

Sur les 25 cas cités par Demars dans sa thèse, nous notons 14 guérisons, 2 guérisons après suppuration, 6 échecs et 3 morts dont 2 subites et 1 par péritonite.

Devic et Pouly (3) ont publié, en 1896, un cas de guérison absolue datant de 5 ans 1/2, d'un volumineux kyste hydatique du foie traité par la ponction évacuatrice totale non suivie d'injection parasiticide.

Nous pouvons citer un cas analogue que nous devons à l'obligeance de notre excellent maître, M. Moutard-Martin.

OBSERVATION : Jeune fille de 8 ans présentant deux petits kystes

(1) DIEULAFOY, *Gaz. Hôp.*, 1878.

(2) CHAUFFARD, *Traité de médecine Charcot-Bouchard*, vol. III.

(3) DEVIC et POULY, *Province médicale*, Lyon, 1896, p. 497.

du lobe droit du foie. Ces 2 kystes furent ponctionnés par M. Moutard-Martin, avec l'aiguille la plus fine de l'aspirateur. Le premier donna 60 grammes environ de liquide caractéristique, eau de roche et non albumineux ; le second donna 30 grammes environ d'un liquide analogue. Il y eut après les ponctions de l'urticaire avec fièvre. Les deux tumeurs disparurent et ne se reproduisirent jamais ; le foie resta seulement un peu gros pendant 2 ans environ. Mais la malade ponctionnée en 1878 a été revue en 1896, c'est-à-dire 18 ans après, elle ne présentait aucune trace de son affection antérieure, le foie n'était pas hypertrophié. Une seule ponction, dans chaque kyste a donc suffi à amener la guérison définitive sans injection d'aucune substance.

Il n'est donc pas douteux que la méthode de l'aspiration du liquide kystique avec évacuation totale de ce liquide a donné des guérisons dont quelques-unes ont été définitivement constatées plusieurs années après l'intervention. Mais, il est non moins certain que cet heureux résultat n'a pu être obtenu que dans des cas relativement rares et se présentant dans des conditions presque exceptionnelles.

Ces conditions peuvent se réduire à deux comme le montre M. Chauffard (1) :

1^o *L'hydatide était morte*, et on comprend très bien alors que le kyste une fois vidé n'ait plus aucune tendance à se reproduire. C'est là la seule et véritable explication que l'on puisse donner à ces cas de kystes hydatiques guéris radicalement après une seule ponction évacuatrice.

On voit que cet heureux résultat est lié à une condition très exceptionnellement remplie et à peu près impossible à prévoir malgré les conclusions que l'on a voulu tirer de l'état plus ou moins albumineux du liquide kystique.

(1) CHAUFFARD, *loc. cit.*

2° *L'hydatide vivante est tuée par la ponction.* C'est là un résultat sur lequel il ne faut pas trop compter, qu'on ne peut considérer comme définitif que plusieurs années après l'intervention, et que viennent trop souvent contredire les récides nombreuses que l'on observe.

Les cas tels que ceux de Devic et Pouly et de Moutard-Martin sont rares. La plupart du temps les malades portés comme guéris sur les statistiques n'ont pas été suivis au delà de quelques mois, alors que de nombreux exemples montrent une récidence survenant au bout de plusieurs années. Bien plus les cas comme celui de Troisier (1) ne sont pas rares : M. Troisier présente à la Société médicale des hôpitaux une malade qui a subi la ponction simple il y a 2 ans et la considère comme guérie. MM. Bucquoy et Féréol montrent que cette malade a encore un kyste hydatique du foie. Dans la même séance M. Labbé déclare : « J'ai constaté depuis longtemps et je pourrai citer de nombreux exemples à l'appui de cette opinion, que les kystes traités par la ponction simple et considérés comme guéris récidivent presque toujours au bout de 2 à 3 ans. »

Nous devons donc considérer la méthode de la ponction évacuatrice simple comme une *méthode infidèle*. La répétition des ponctions jusqu'à guérison complète ne met pas ce procédé à l'abri du reproche que nous lui adressons. Ces ponctions répétées à l'exemple de Dieulafoy sont aujourd'hui justement abandonnées. Leur résultat le plus certain est souvent la suppuration du kyste, qui oblige à recourir à une intervention chirurgicale, qui se fait alors dans de beaucoup plus mauvaises conditions.

(1) *Société méd. des hôpitaux*, 31 octobre 1888, p. 417.

Mais, nous dira-t-on, si cette méthode a amené des guérisons, exceptionnelles il est vrai mais certaines, n'est-il pas juste en raison de sa simplicité, d'en faire l'essai dans tous les cas de kystes non suppurés, et de recourir d'abord à elle avant toute autre méthode ? Pourquoi ne pas faire bénéficier le malade de la possibilité d'une guérison obtenue par une méthode aussi simple, avant de le livrer à des procédés plus énergiques mais plus compliqués, auxquels il sera toujours temps d'avoir recours ?

Nous ne pouvons nous ranger à cette opinion, et si nous repoussons la ponction évacuatrice, c'est qu'elle n'est pas seulement une méthode *infidèle*, mais encore une méthode souvent *impraticable*, et qui plus est *dangereuse*.

La méthode est *souvent impraticable* : pour que l'évacuation soit totale il est nécessaire que le kyste contienne peu ou pas de vésicules filles ; si celles-ci sont abondantes, ce qui se présente fréquemment, l'évacuation n'est que partielle et parfois même n'aboutit qu'à une *ponction blanche*. Les vésicules filles venant oblitérer l'orifice du trocart, rendent l'aspiration tout à fait impossible, ou ne permettent de retirer que quelques grammes de liquide : résultat plus nuisible qu'utile, puisqu'on s'accorde à reconnaître le danger de ces évacuations partielles que tous les auteurs modernes condamnent.

La méthode est *dangereuse*. C'est certainement là le reproche le plus sérieux qu'on puisse lui adresser, puisqu'elle compte à son passif de nombreux cas de mort. Parmi eux plusieurs sont si imprévus, si subits et si impossibles à prévenir, que leur existence incontestable doit faire complètement rejeter la méthode que nous étudions dans ce chapitre. En traitant des accidents mortels ou non qui surviennent à la

suite des ponctions des kystes hydatiques, nous aurons aussi bien en vue les ponctions évacuatrices partielles que les ponctions évacuatrices totales, puisque, lorsqu'on pratique la ponction d'un kyste, on ne sait jamais si on évacuera partiellement ou totalement le liquide.

Depuis que l'on pratique la ponction des kystes hydatiques, des accidents mortels ont été signalés. Et, si ces accidents deviennent moins fréquents à mesure que la technique se perfectionne, grâce à l'emploi des aspirateurs plus perfectionnés de Potain et Dieulafoy, grâce surtout à l'antisepsie ; il est malheureusement trop certain qu'un certain nombre d'entre eux sont impossibles à éviter, et sont inhérents à la méthode elle-même. Les statistiques modernes ne seraient pas aussi mauvaises que celles de Harley (1) qui compte 10 morts sur 33 cas, de Rendu (2) qui donne une mortalité de 26 0/0, et qui feraient considérer la ponction comme la plus dangereuse des interventions abdominales. Cependant M. Guyot déclarait en 1888 à la Société médicale des hôpitaux avoir le souvenir de 7 ou 8 morts survenues en 24 heures après la ponction du foie, et plus récemment, M. Chauffard (3) a publié un cas de mort survenu 25 minutes après une ponction exploratrice faite dans un kyste hydatique du foie.

Parmi ces accidents mortels, quelques-uns sont dus à une faute d'asepsie. La ponction a infecté le kyste qui a suppuré et déterminé une péritonite mortelle. Cet accident est certes, imputable à l'opérateur et non à la méthode ; fréquent autrefois, il ne doit plus se montrer aujourd'hui et une statistique

(1) HARLEY, *Medic. chirurg. transact.*, 1836.

(2) RENDU, *Dict. Dech.*, Art. Foie.

(3) CHAUFFARD, *Sem. médicale*, 1896.

moderne des accidents qui suivent la ponction des kystes hydatiques en serait allégée d'autant.

Mais, à côté de ces accidents évitables, il en existe toute une autre catégorie d'inhérents à la méthode elle-même, d'inévitables même pour l'opérateur le plus aseptique et le plus habile. Et d'abord, un grand reproche qu'on peut adresser à la ponction, c'est qu'elle est aveugle, et un trocart même prudemment conduit peut traverser des organes dangereux dont la blessure sera la cause d'accidents mortels. Le cas de Bryant (1) qui traversa la veine porte en est un malheureux exemple. L'intestin, souvent placé au devant de la tumeur, peut être perforé, et si sa blessure par une aiguille fine n'entraîne aucun accident de perforation, en revanche, l'aiguille peut s'infecter en traversant la cavité intestinale, et infecter ainsi le liquide du kyste dans lequel elle pénètre ensuite.

Nous arrivons maintenant à la catégorie la plus intéressante des accidents qui peuvent suivre la ponction des kystes hydatiques.

Une ponction régulière et aseptique est pratiquée, le liquide retiré est également aseptique, et l'opéré meurt quelques minutes ou quelques heures après l'intervention, au milieu de symptômes que nous aurons à décrire. Le malade de Moissenet meurt en 18 heures, ceux que cite M. Guyot sont enlevés dans les 24 heures, et le malade de M. Chauffard succombe en 25 minutes. A quelle cause attribuer ces accidents foudroyants. On en reconnaissait deux ordres autrefois. Le premier comprenait toute une série d'*accidents réflexes* par arrêt du cœur et dus à une sorte d'inhibition nerveuse. Dans le

(1) BRYANT, *Brit. med. Journ.*, 1878.

second, beaucoup plus important, on rangeait toute la série des accidents dus à l'irruption du liquide hydatique dans le péritoine, pendant ou après la ponction. On a beaucoup écrit sur cette question de l'irruption du liquide hydatique dans le péritoine. Il n'entre pas dans le cadre de notre travail de la discuter, mais nous donnerons cependant les résultats des expérimentateurs modernes qui ont éclairé d'un jour tout nouveau la pathogénie de ces accidents foudroyants, qui surviennent si malheureusement au cours de la ponction.

Les auteurs anciens qui ont écrit sur la question avaient émis les opinions les plus diverses : les uns avec Cadet de Gassicourt et Frerichs pensaient que la rupture d'un kyste hydatique dans le péritoine devait entraîner une péritonite mortelle ; Giraldès, Maisonneuve, Murchinson croyaient au contraire cet accident sans autre inconvénient qu'une ascite.

En 1869, Finsen (1) déclara que l'irruption de liquide hydatique dans le péritoine n'était pas forcément mortelle (2 fois sur 13 cas d'après lui). Tout dépendait de la nature du liquide, et de la susceptibilité du péritoine. Le liquide clair devait être considéré comme inoffensif, et seule l'irruption d'un liquide purulent ou mélangé de sang dans un péritoine non défendu pouvait causer une péritonite mortelle.

Cette question si controversée a complètement changé de face, grâce aux expérimentateurs modernes qui démontrèrent la *toxicité du liquide hydatique*. Cette toxicité est maintenant admise par tous depuis que Debove (2) et Achard (3) la démontrèrent expérimentalement, et que Viron (4) retira du li-

(1) FINSEN, *Arch. génér. méd.*, 1869.

(2) DEBOVE, *Semaine méd.*, 1887-1888.

(3) ACHARD, *Arch. gén. méd.*, 1888.

(4) VIRON, *Arch. de méd. expériment.*, janvier 1892.

quide hydatique du poumon une substance albuminoïde spéciale analogue aux *toxalbumines*.

En même temps que se précisait la théorie de la toxicité du liquide hydatique, celle de l'action réflexe inhibitrice perdait du terrain ; et tous les accidents foudroyants observés au cours de la ponction des kystes hydatiques sont maintenant expliqués par l'irruption d'une quantité plus ou moins grande, quelquefois très faible, de liquide dans la cavité péritonéale. Cette irruption donne lieu à une série d'accidents bien étudiés par M. Achard, dont quelques-uns ont été reproduits expérimentalement, et que nous pouvons, avec M. Chauffard, ranger en 3 groupes. On observe en général :

1° *Une réaction cutanée* : cette réaction peut n'être que du prurit ou aller jusqu'à l'*urticaire* qui est l'accident le plus fréquemment observé. Mais, dans les cas rapidement mortels, cet urticaire n'a d'habitude pas le temps de se produire. Si l'urticaire se produit, il s'accompagne des phénomènes habituels de fièvre, nausées, vomissements.

Tout peut se borner là, et après avoir présenté pendant quelques jours des phénomènes inquiétants le malade guérit. Mais si le cas est plus grave, les symptômes se précipitent alors dans l'ordre suivant :

2° *Une réaction cérébro-spinale*, caractérisée le plus souvent, comme chez le malade de M. Chauffard, par une attaque épileptiforme.

3° Enfin une *réaction myocardique*, avec tous les signes d'un *collapsus cardiaque aigu*, qui se termine presque toujours par la mort.

Tels sont les accidents auxquels donne lieu l'absorption par le péritoine du liquide hydatique pur. Ces accidents sont tou-

jours plus ou moins graves et parfois mortels. Pour M. Chauffard, ils ne dépendent pas seulement de la toxicité du liquide, mais aussi de la façon dont le sujet réagit. Dans le cas si intéressant et si remarquablement étudié qu'il a publié, le liquide du kyste était à peine toxique, et cependant le malade est mort en 25 minutes. Aussi M. Chauffard admet une toxicité relative. Pour lui, l'idiosyncrasie du sujet prime en importance la composition même du liquide ; et, comme l'avait déjà dit Debove, tous les sujets ne sont pas également sensibles à l'action du liquide hydatique.

Nous voyons donc deux éléments dominer cette question, d'une part la toxicité plus ou moins grande du liquide hydatique, et d'autre part la susceptibilité particulière du sujet relativement à la ptomaïne contenue dans ce liquide. Ce sont là deux éléments tout aussi impossibles à prévoir l'un que l'autre. Rien ne peut à l'avance nous faire discerner les dangers qui menacent le malade auquel nous allons faire une ponction. Aussi, nous nous éloignons complètement de l'opinion de Bouveret (1) qui considère la ponction aspiratrice comme une nécessité à laquelle on ne peut guère se soustraire, de celle de Devic et Pouly (2) qui pensent également que la ponction est nécessaire pour établir le diagnostic, et que, si le malade a supporté sans accidents cette ponction exploratrice il supportera également bien la ponction évacuatrice, nous rapprochant plutôt de Chauffard qui considère la ponction exploratrice comme une chose grave, de Kœnig (3) qui la rejette complètement, nous dirons : toute ponction pra-

(1) BOUVERET, *Lyon médical*, 1887.

(2) DEVIC et POULY, *loc. cit.*

(3) KÖNIG, *Deut. Zeit. f. chir.*, XXXI.

tiquée dans un kyste hydatique, qu'elle soit exploratrice, évacuatrice partielle ou totale ne doit pas être considérée comme une intervention bénigne, elle peut entraîner des accidents graves, même mortels, qui doivent la faire complètement proscrire.

Il est bien certain d'autre part que le traitement chirurgical, l'incision large du kyste pratiquée avec les précautions habituelles, met à l'abri de ces accidents. Aucun fait du genre de ceux dont nous venons de parler n'a été cité dans les relations des interventions chirurgicales pratiquées contre les kystes hydatiques. Le Gendre (1) a bien publié en 1896 un cas de mort rapide survenue en quelques heures, après l'ouverture large d'un kyste hydatique du foie. Mais il s'agissait d'un cas tout particulier. Le kyste était énorme, le cœur fortement déplacé, et le malade mourut avec des symptômes d'asphyxie, et des phénomènes d'œdème fluxionnaire des poumons dus à la décompression brusque. Cet accident se serait aussi bien produit avec une simple ponction évacuatrice et son mécanisme n'a rien à voir avec celui des accidents que nous avons envisagés plus haut, et qui sont bien liés à la ponction.

Nous concluerons donc en disant que la ponction évacuatrice doit être rejetée en tant que méthode de traitement des kystes hydatiques de l'abdomen, comme infidèle, souvent impraticable, et dangereuse.

(1) LE GENDRE, *Soc. méd. hôp.*, 1896, juillet, p. 657.

CHAPITRE III

Ponction évacuatrice suivie d'injection parasiticide.

Depuis longtemps les médecins, frappés de la fréquente inefficacité de la ponction évacuatrice simple, ont cherché à la faire suivre de l'injection d'une substance capable de tuer le parasite. Cadet de Gassicourt et Dolbeau ayant remarqué que les kystes communiquant avec les voies biliaires guérissaient parfois spontanément, eurent l'idée de traiter ces kystes en introduisant de la bile à leur intérieur, et Voisin en 1857 réalisa le premier l'idée de ses devanciers. Après la bile ce fut la teinture d'iode qui eut son moment de vogue et qu'employèrent Bonnet, Chassaignac et Aran. Mais les accidents nombreux d'iodisme et de péritonite, auxquels elle donna lieu, firent complètement abandonner la méthode. La découverte des antiseptiques la tira de l'oubli dans lequel elle était tombée, en mettant entre les mains des médecins des produits moins dangereux et d'une efficacité plus certaine. Le sublimé fut employé pour la première fois en 1884 par Mesnard (1), et depuis sa communication la méthode des injections parasiticides a gagné du terrain, elle est devenue la méthode de traitement des kystes hydatiques de l'abdomen la plus couramment employée après la *marsupialisation* grâce surtout, en France du moins, aux efforts de Debove, Hanot, Chauffard, Juhel-Renoy et Merklen.

(1) MESNARD, *Gaz. hebdomadaire de sc. méd. de Bordeaux*, 1884.

Plusieurs antiseptiques ont été essayés, l'acide phénique employé par Verneuil, le sulfate de cuivre, l'eau naphtolée conseillée par Chauffard, Juhel-Renoy et Merklen, le benzoate et le peptonate de mercure et enfin le sublimé employé par Mesnard, Debove, Bacelli, Sennet, Hanot et Bouilly. L'acide phénique n'est plus employé comme, beaucoup trop toxique à doses suffisamment parasitocides, quant à l'eau naphtolée, si elle suffit tout en étant peu toxique pour tuer le parasite, elle est bien inférieure au sublimé lorsqu'il s'agit de prévenir l'infection kystique. Les recherches de Chauffard et Vidal (1) ont montré en effet que 36 grammes de liqueur de Van Swieten suffisent pour empêcher toute germination pyogène dans un kyste hydatique de 2 litres, tandis que le liquide hydatique additionné au 1/6 d'eau naphtolée saturée laisse encore cultiver les germes pyogènes.

Le sublimé est donc le meilleur des parasitocides, mais, s'il est à peu près seul employé aujourd'hui, il ne l'est pas toujours de la même façon, et l'on peut ramener à trois grandes méthodes les différents procédés d'injection de sublimé à l'intérieur des kystes hydatiques. Ces trois méthodes sont par ordre de date celle de Debove, celle de Bacelli et enfin celle de Hanot. Nous serons brefs sur leur manuel opératoire d'ailleurs très simple, et longuement décrit dans la thèse de Morin (2).

I. — La première est dite de Debove-Mesnard. Elle fut appliquée pour la première fois en 1884 par Mesnard de Bordeaux qui obtint ainsi la guérison d'un kyste suppuré, et plus tard par Debove qui la défendit en 1888 devant la So-

(1) CHAUFFARD et VIDAL, *Soc. méd. des hôpit.*, avril 1891.

(2) MORIN, Th. doct. Paris, 1890-1891.

ciété médicale des hôpitaux de Paris. Voici en quoi elle consiste :

On pratique d'abord dans le kyste une ponction aspiratrice avec l'aiguille n° 1 de l'aspirateur Potaïn ou Dieulafoy et l'on évacue la poche aussi complètement que possible. Puis on injecte à la place du liquide hydatique de 100 à 500 grammes de liqueur de Van Swieten, suivant la contenance du kyste. Le liquide antiseptique est laissé 10 minutes en contact avec les parois du kyste, puis il est retiré, et un lavage complémentaire à l'eau bouillie est pratiqué, afin d'enlever ce qui pourrait rester de la solution dans le kyste. Ce lavage complémentaire est inutile si l'on a employé l'eau naphtolée. Ainsi ce qui caractérise cette méthode, c'est d'une part l'évacuation aussi totale que possible du liquide kystique, et de l'autre, le lavage du kyste par une grande quantité d'antiseptique.

II. — La deuxième méthode est celle de Bacelli (1) - Sennet (2), ainsi nommée parce qu'elle fut employée presque simultanément par ces deux médecins. Elle diffère essentiellement de celle de Debove : on retire par aspiration quelques centimètres cubes de liquide hydatique seulement, et, on les remplace par une quantité à peu près égale de liqueur de Van Swieten (10 à 20 cc.) que l'on abandonne dans le kyste.

III. — La troisième méthode dite de Hanot participe des deux précédentes : comme dans la première on retire par aspiration tout le liquide, et comme dans la seconde on injecte

(1) BACELLI, *Riforma medica*, 11 juin et 30 août 1887.

(2) SENNET, *The Lancet*, 10 juin 1887.

dans le kyste une faible quantité d'antiseptique, du sublimé à dose non toxique, que l'on abandonne dans le kyste.

La méthode de Hanot est incontestablement la meilleure ; car elle évite autant qu'il est possible les dangers que fait courir au malade l'évacuation incomplète de Bacelli, et l'injection d'une dose toxique de sublimé à la manière de Debove. C'est elle que préconisent Morin dans sa thèse, Gaillard (1) et Bouilly (2) ; et, c'est certainement à elle que l'on devrait avoir recours, si l'on se décidait pour une intervention de ce genre.

Telles sont les trois grandes méthodes de ponction suivies d'injections parasitocides, voyons maintenant leurs indications et leurs résultats :

Morin dit dans sa thèse : le traitement des kystes hydatiques par les lavages et les injections antiseptiques se propose :

1° De détruire les hydatides ;

2° D'empêcher la suppuration à l'intérieur de la poche ou de l'arrêter si elle s'est déjà produite

Ainsi d'après lui la méthode s'adresserait aussi bien aux kystes suppurés qu'aux kystes à contenu clair ; et, il ajoute même plus loin : le triomphe de la méthode c'est la guérison des kystes hydatiques suppurés.

Nous ne saurions souscrire à une telle proposition. S'il y a des cas tels que ceux de Mesnard de Bordeaux où les lavages antiseptiques ont guéri un kyste suppuré, ces cas sont rares et dans la plupart des cas de kystes suppurés cités par

(1) GAILLARD, Traitement des kystes hydatiques du foie. *Méd. mod.*, juin 1894.

(2) BOUILLY, *Congrès français de chirurgie*, 1892.

Morin la guérison est très insuffisamment constatée. Nous ne doutons pas cependant que des kystes suppurés aient été guéris par la méthode qu'il préconise, et que des *lavages antiseptiques* aient obtenu des succès ; mais on connaît maintenant tout le danger de ces lavages antiseptiques pratiqués à la manière de Debove. Une fois le liquide injecté dans le kyste, on ne peut être sûr de le retirer complètement par aspiration au bout de quelques minutes. L'aiguille peut se boucher comme il arriva dans le cas de Trélat, et l'on se voit obligé d'abandonner dans le kyste une quantité d'antiseptique suffisamment toxique pour déterminer des accidents inquiétants, voire même la mort (cas de Wilbouche-witch, de Félizet, de Verneuil). Quant à la méthode de Baccelli et de Hanot, elle laisse dans le kyste une quantité trop faible d'antiseptique pour qu'on puisse espérer en tarir la suppuration. Si Chauffard et Widal ont montré que 36 grammes de liqueur de Van Swieten suffisent pour empêcher un kyste de 2 litres de suppurar, il est bien certain que la même dose sera tout à fait insuffisante pour détruire cette suppuration, alors qu'elle est établie. Et nous avons même des exemples de kystes aseptiques ayant suppuré après une ponction même suivie d'injection parasiticide. L'espoir de guérir un kyste suppuré en y injectant quelques grammes de sublimé est donc tout à fait illusoire. Nous plaçons là du reste une cause déjà entendue, et les partisans eux-mêmes de cette méthode de traitement reconnaissent son inefficacité dans les cas de kyste hydatique suppuré. C'est du moins ce qui ressort des discussions de la Société médicale des hôpitaux, et des articles des traités de médecine ; Létienne dit dans le *Manuel de médecine* : « quand le kyste est suppuré d'em-

blée, l'espoir de l'efficacité des lavages répétés est chimérique, il faut pratiquer au plus tôt la laparotomie. » Nous ne pouvons que souscrire à cette conclusion formulée par un médecin.

Restent les kystes non suppurés. Pour eux l'opinion des médecins est à peu près unanime, et ils recommandent toujours en présence d'un kyste hydatique à contenu clair, de pratiquer d'abord une ponction évacuatrice suivie d'injection parasiticide. Et, dans ce cas, c'est à la méthode de Hanot qu'ils donnent la préférence. La méthode de Bacelli est réservée aux cas de kystes contenant de nombreuses vésicules filles, et dans lesquels l'aspiration ne peut ramener qu'une faible quantité de liquide. Si cette méthode échoue, on a recours alors aux interventions chirurgicales.

Parmi les chirurgiens, M. Bouilly surtout s'est fait le défenseur de la méthode des ponctions suivies d'injections parasiticides. Son procédé est analogue à celui de Hanot, mais la quantité d'antiseptique abandonné est encore moindre : 5 à 10 grammes seulement. M. Bouilly cependant ne traite pas tous les kystes hydatiques de cette façon. Il reconnaît au procédé des indications très limitées et qui sont les suivantes : *L'injection de sublimé s'adresse particulièrement aux kystes simples uniloculaires, contenant un liquide clair caractéristique et vierge de tout traitement antérieur.* Et M. Bouilly ajoute : on reconnaît un kyste simple aux caractères suivants : 1° grande tension ; 2° régularité ; 3° fluctuation nette partout ; 4° absence de frémissement. Sur 10 cas ainsi traités, M. Bouilly a obtenu 8 succès durables.

Il n'est pas douteux que la méthode ainsi restreinte dans ses indications, et aussi prudemment réglée dans son appli-

cation ne puisse donner de durables guérisons. Mais cette méthode peut-elle être mise en parallèle avec le traitement chirurgical, en particulier avec l'incision sans drainage? nous ne le croyons pas; du moins en ce qui concerne les seuls kystes que nous ayons en vue, les kystes hydatiques à développement abdominal, il est bien certain que la méthode chirurgicale décrite et appliquée par M. Pierre Delbet est plus sûre et moins dangereuse que tous les procédés de ponctions suivies d'injections parasitocides.

Malgré les beaux succès qui ont été publiés, la méthode peut être certainement considérée comme infidèle dans la plupart des cas. Les échecs sont nombreux, et les guérisons souvent insuffisamment constatées. Il suffit de lire avec soin la thèse de Morin pour se rendre compte que beaucoup des cas donnés comme guéris ne sont qu'améliorés, certains malades ont encore le foie gros, d'autres ont toujours dans l'hypochondre une tumeur, plus petite il est vrai, mais très nette, d'autres sont sortis de l'hôpital quelques jours après leurs ponctions, et tous sont considérés comme guéris, conclusion au moins prématurée. En ne considérant que la thèse de Morin qui se montre très enthousiaste de la méthode, nous nous refusons complètement, et cela sans parti pris, à reconnaître comme guéris les cas suivants portés comme tels sur sa statistique :

L'observation 2 (Debove), où la guérison n'est pas définitive.

L'observation 5 (Lescure), où la guérison n'est pas nettement indiquée.

L'observation 7 (Trélat), où le kyste n'a pas disparu complètement.

L'observation 8 (Mesnard) où la guérison est insuffisamment constatée.

L'observation 15 (Morin) où il y a seulement une amélioration.

L'observation 22 (Terrillon) où la guérison complète n'est pas notée.

L'observation 23 (Hanot) où l'on constate en revoyant la malade une matité exagérée dans la région antérieure droite du thorax.

Ce qui nous donne en définitive :

Sur 27 cas traités, 9 succès, 18 échecs constatés, soit $\frac{1}{3}$ d'échecs ou 33 0/0, ce qui nous mène loin du chiffre de 7 0/0 que donne Morin.

Les promoteurs de la méthode semblent du reste moins enthousiastes, et Hanot (1) déclarait lui-même à la Société médicale des hôpitaux, que son procédé excellent pour les petits kystes échouait souvent pour les grands. Dans la même séance Comby cite un cas traité par Jalaguier suivant la méthode de Hanot, et seulement amélioré.

Si la méthode est infidèle, suivrons-nous le conseil des médecins qui considèrent qu'elle doit être essayée d'abord, quitte en cas d'échec à recourir au traitement chirurgical ? Certainement non, car en agissant ainsi on fait perdre aux malades un temps précieux, et on les met dans des conditions notoirement inférieures pour le jour où la laparotomie sera devenue nécessaire. Pourquoi leur faire subir inutilement une méthode qui n'est pas sûre, et, qui n'a que l'apparence de la bénignité et de la simplicité, car elle est loin d'être exempte

(1) HANOT, *Soc. méd. des hôp.*, 1896, 24 juillet, discussion à propos du cas de Le Gendre.

d'inconvénients et de dangers, dont quelques-uns sont fort redoutables ?

La méthode n'est pas aussi bénigne qu'on se le figure ; et, les suites en sont dans la plupart des cas moins simples que celles d'une laparotomie convenablement pratiquée. Nous ne parlons pas là de cas exceptionnels ; mais, il suffit de lire les observations pour se rendre compte de ce fait que les malades auxquels on a pratiqué la ponction suivie d'injection parasiticide, sont condamnés au repos pendant plusieurs jours, et qu'ils présentent pendant ce temps des phénomènes souvent inquiétants. La fièvre est la règle, dit Bouilly, et la température peut monter à 39° et 40° pendant 1 jour, 2 jours et quelquefois beaucoup plus ; l'urticaire est fréquemment observé, et des vomissements abondants et répétés joints à du ballonnement abdominal font penser souvent à la péritonite : dans plusieurs cas, notamment dans celui de Trélat, on fut sur le point de pratiquer la laparotomie d'urgence.

Il ne s'agit là que de phénomènes passagers et peu dangereux il est vrai, mais ils suffisent pour montrer que les procédés les plus simples en apparence sont souvent en réalité les plus compliqués.

Nous venons d'envisager dans le paragraphe précédent ce qui se passe on pourrait dire normalement après l'injection antiseptique. Dans un certain nombre de cas des phénomènes plus graves peuvent survenir. Ce que nous avons dit des dangers de la ponction évacuatrice simple nous dispensera d'entrer ici dans de longs détails. Il est bien certain en effet que le procédé dont nous traitons dans ce chapitre en présente tous les inconvénients et tous les dangers : Difficulté souvent très grande pour vider le kyste à sécrété, parfois

même ponction blanche ; blessure d'un organe dangereux ; issue possible du liquide hydatique dans le péritoine dont nous connaissons les dangers parfois terribles.

A tous les dangers de la ponction simple, la ponction suivie d'injection parasiticide joint encore tous les risques d'intoxication liés à l'introduction de liquides antiseptiques dans le kyste. Les lavages surtout doivent être particulièrement proscrits. Une fois l'antiseptique introduit dans le kyste on ne sait jamais s'il pourra être retiré entièrement, et s'il ne fera pas irruption dans le péritoine par l'orifice laissé par le trocart, déterminant alors des phénomènes d'intoxication suraiguë. Les cas de mort publiés par Wilbouchewitch (1), Felizet (2), Verneuil (3) sont là pour montrer que ce danger n'est pas illusoire. Il est vrai que Verneuil dans son cas avait employé l'acide phénique aujourd'hui complètement proscrit et que les 2 cas de Wilbouchewitch et de Felizet sont imputables à la méthode de Debove. Le procédé de Hanot-Bouilly n'a certainement pas les mêmes inconvénients, mais s'il met à peu près à l'abri d'une intoxication suraiguë, il laisse persister tous les dangers de la ponction évacuatrice, et à ce titre seul nous pourrions déjà le considérer comme dangereux.

Nous concluons donc, en terminant cette étude du traitement dit médical des kystes hydatiques : En présence d'un kyste hydatique abdominal, suppuré ou non, on doit recourir d'emblée à la laparotomie, sans faire perdre au malade un temps précieux, et sans l'affaiblir par un traitement souvent inefficace et qui l'expose à de trop réels dangers.

(1) WILBOUCHEWITCH, *Rev. mens. des mal. de l'enf.*, septembre 1891.

(2) FÉLIZET, *Soc. chirurgie*, 1893.

(3) VERNEUIL, *Soc. chirurgie*, 1893.

CHAPITRE IV

Opération de Lindemann-Landau (Marsupialisation).

En traitant de l'historique du traitement des kystes hydatiques nous avons pu suivre la genèse de l'opération de Lindemann-Landau. Nous avons vu comment aux procédés des caustiques de Récamier, à l'incision en deux temps de Bégin et Volkmann, succède, grâce aux découvertes antiseptiques, *l'incision large en un temps*. Cette méthode née en Allemagne est longue à s'acclimater en France, comme nous l'avons montré au début de ce travail. Mais depuis 1885, elle se vulgarise dans notre pays grâce à de nombreux et importants mémoires : les thèses de Braine, Potherat, Demars et Champenois (1), les mémoires de Poulet, de Reclus (2) et de Baudouin (3), et elle devient bientôt une opération de chirurgie courante.

L'opération de Lindemann-Landau peut se pratiquer par trois voies : *abdominale, transpleurale et lombaire* ; il est bien évident qu'il ne s'agira dans tout ce qui va suivre que de la marsupialisation pratiquée par la voie abdominale, la seule qui puisse s'adresser aux kystes dont nous nous occupons dans cette étude, c'est-à-dire aux kystes à développement

(1) CHAMPENOIS, Th. Paris, 1895-1896.

(2) RECLUS, *Gaz. hebdomadaire*, 1886.

(3) BAUDOUIN, *Progrès médical*, 1887.

abdominal. Quant à la voie transpleurale d'Israël applicable aux kystes postéro-supérieurs du foie, et à la voie lombaire de Villaret, dont sont justiciables les kystes postéro-inférieurs, il n'en sera pas question ; ces procédés n'étant plus dans le cadre de notre sujet.

Le manuel opératoire de la marsupialisation a été décrit et redécrit dans les travaux que nous avons cité, et dans les livres didactiques ; nous nous dispenserons donc d'entrer à son sujet dans de trop longs détails qui seraient au moins inutiles pour une opération devenue presque banale aujourd'hui.

Il s'agit d'une véritable laparotomie soit médiane, soit latérale et dans laquelle on doit se conformer aux règles opératoires établies en pareil cas. Ces règles générales étant connues et observées, deux procédés s'offrent au chirurgien. Il peut opérer à la façon de Lindemann, ou suivant la modification que Landau a apportée au procédé.

Lindemann incise d'abord les parties molles et le péritoine pariétal jusqu'au kyste, et suture les bords de la séreuse à la peau avec des fils de catgut. Dans un second temps il fixe la poche kystique à la paroi par des fils de catgut placés parallèlement au grand axe de la plaie. Le 3^e temps consiste à inciser le kyste entre les fils et à le vider de son contenu aussi complètement que possible. Dans un 4^e temps on suture les bords ectropionnés du kyste aux bords de la peau ; on place les drains et on rétrécit en haut et en bas, par quelques points de suture, la plaie abdominale.

Landau a apporté au procédé primitif décrit par Lindemann et Sænger des modifications suffisamment importantes pour que le procédé porte aujourd'hui le nom de Linde-

mann-Landau. Landau incise la paroi jusqu'au kyste : c'est le 1^{er} temps ; 2^e temps : il applique le kyste à la paroi au moyen d'un fil placé à l'angle supérieur de la plaie et d'un autre placé à l'angle inférieur, et perpendiculairement à l'incision pariétale ; 3^e temps : il ponctionne le kyste avec l'aspirateur armé d'une aiguille et il aspire ainsi une quantité de liquide suffisante, pour permettre d'attirer au dehors la paroi du kyste relâchée, et de l'ouvrir à l'extérieur sans aucun inconvénient pour le péritoine ; 4^e temps : le kyste étant vidé on excise autant que possible les bords de la poche avant de les suturer à la paroi abdominale. L'opération se termine ensuite comme dans le procédé de Lindemann.

La modification la plus importante de Landau consiste dans l'évacuation du kyste par aspiration, et la résection d'une partie de ses parois, avant de le fixer aux bords de la plaie abdominale. Aussi, c'est ce procédé que l'on suit toujours actuellement, du moins dans ses grandes lignes. Beaucoup de chirurgiens même ne se préoccupent plus d'appliquer le kyste à la paroi avant de l'ouvrir à la manière de Landau. Le péritoine étant ouvert, sa cavité est protégée simplement par des compresses ou des éponges, le kyste ponctionné est aspiré puis saisi avec des pinces de Museux, attiré autant que possible au dehors, largement incisé, vidé puis suturé aux lèvres de l'incision pariétale après résection de toute la portion libre de ses parois.

Telle est rapidement résumée, et dans ses grandes lignes seulement, le manuel opératoire de la marsupialisation pratiquée pour les kystes hydatiques abdominaux.

Dans quelques cas et en particulier dans les kystes antéro-supérieurs du foie, kystes souvent profondément enfouis dans

le tissu hépatique, on n'arrive pas directement sur le kyste et il est nécessaire d'inciser auparavant une couche plus ou moins épaisse de tissu hépatique. La présence de cette couche de tissu hépatique en avant de la tumeur ne doit pas empêcher de réséquer une partie de ses parois ainsi que le conseille Segond (1). Cette résection plus ou moins étendue des parois kystiques a toujours pour résultat de favoriser le libre écoulement des liquides, et de diminuer d'autant la profondeur de la poche à combler.

Les seules contre-indications à ces résections partielles sont d'après Segond les *adhérences péritonéales*, l'épaisseur trop grande de la couche hépatique situées au devant du kyste, la *friabilité* excessive des parois kystiques.

Telle est la marsupialisation, opération simple en somme, qui ne nécessite même pas l'anesthésie générale, et peut facilement se pratiquer sous l'anesthésie cocaïnique à l'exemple de Reclus.

Les suites en sont habituellement bénignes ; du liquide continue à s'évacuer par les drains pendant un temps variable, ce liquide est mélangé de débris d'hydatides ; la vésicule mère s'élimine elle-même rapidement, si elle n'a pas été enlevée au moment de l'opération, et il ne reste plus qu'à attendre la cicatrisation complète de la poche, qui peut malheureusement mettre des semaines et des mois à se combler.

Cependant certains accidents ont été observés après la marsupialisation ; quelques-uns sont graves et d'aucuns même mortels. La *septicémie péritonéale* était à redouter autrefois, mais aujourd'hui que le manuel opératoire s'est perfectionné,

(1) SEGOND, *Bull. et mém. de la Société de chirurgie et Traité de chirurgie*, 1889, t. 7.

que le chirurgien sait aller ouvrir en plein péritoine des cavités kystiques, même purulentes, elle n'est vraiment plus à craindre. Il n'en est pas de même des autres accidents impossibles à éviter. Nous voulons surtout parler des *hémorrhagies* et des *collerrhagies*, car la *pleurésie* est rare, et rarement mortelle.

On voit parfois survenir dans les jours qui suivent la marsupialisation une hémorrhagie inquiétante au niveau des parois du kyste. Cette hémorrhagie est liée à une infection secondaire qui se fait par les tubes à drainage, la paroi infectée s'ulcère et les vaisseaux contenus dans son épaisseur s'ouvrent. Il est exceptionnel de voir cet accident se terminer par la mort, on le prévient d'habitude en maintenant la cavité aussi aseptique que possible, et s'il se produit, le tamponnement réussit à l'enrayer.

Plus fréquent est l'écoulement de bile. C'est même presque la règle de trouver le pansement du malade souillé de bile dans les jours qui suivent la marsupialisation.

Cette cholérrhagie peut être très abondante et revêtir les caractères d'une véritable complication. C'est en général quelques jours après l'opération qu'elle se produit, les canaux biliaires s'ouvrant secondairement dans la poche à mesure que celle-ci s'élimine.

Les complications en quelque sorte immédiates que nous venons de passer en revue sont rares, et la mortalité déjà faible à l'époque où Braine et Poulet faisaient leurs statistiques, seraient à peu près nulles aujourd'hui. Braine donnait 7 0/0 de mortalité, Poulet ne l'estime pas à plus de 5 0/0. Et encore ces statistiques ne comprennent-elles que des kystes hydatiques du foie, appartenant à toutes les variétés, et com-

prenant en particulier les kystes à développement thoracique qui donnent la mortalité de beaucoup la plus considérable. Le chiffre de 5 0/0 serait certainement abaissé si l'on ne gardait dans la statistique que les seuls cas qui nous intéressent, les kystes à développement abdominal.

Nous sommes donc très loin du chiffre que donne Morin. Il évalue à 13 0/0 la mortalité dans le traitement chirurgical moderne des kystes hydatiques du foie. Ce chiffre n'est vrai que pour les kystes postéro-supérieurs de beaucoup les plus graves, et qui justement n'entrent pas dans notre sujet.

La marsupialisation a donc réalisé un grand progrès dans le traitement des kystes hydatiques. Mais cependant elle n'est pas pleinement satisfaisante. Si elle n'expose pas à des accidents graves, si sa mortalité est très faible, elle n'est qu'une méthode médiocre quand on en considère les résultats éloignés. Et, la grande complication de la marsupialisation, ce n'est ni la péritonite et la pleurésie exceptionnelles, ni la cholérrhagie et l'hémorrhagie très rares, ce sont surtout les *fistules interminables* avec toutes leurs conséquences : *éventrations, suppurations à distance et cachexie*.

Ces fistules ne sont même pas une complication c'est la règle. Il suffit de lire les observations pour voir notées dans la plupart des cas ces fistules interminables suppurant pendant des mois. La plupart du temps les malades ne sont pas suivis, et beaucoup sont considérés comme guéris, qui suppurent encore. Voici comment les choses se passent d'habitude : au bout de 2 à 3 mois l'opéré quitte l'hôpital, il a encore la fistulette notée dans tant d'observations ; il revient se faire panser pendant quelque temps, puis on le perd de vue et la statistique enregistre un cas de plus de guérison. Nous

n'exagérons rien, les malades ne sont pas suivis au delà de 6 mois et quelquefois beaucoup moins. Dans sa thèse, Champenois cite plusieurs observations et il se borne à faire suivre chacune d'elles de la mention : suites simples ou suites bénignes, ce qui est au moins insuffisant. Combien de temps a duré la fistule, et que sont devenus les malades ? Impossible de pouvoir s'en rendre compte. Aussi, pour juger de la valeur de la méthode, M. Pierre Delbet a tenu à suivre les 8 malades qu'il a opérés par le procédé de la marsupialisation avant qu'il n'employât son procédé de l'*incision sans drainage*. Les résultats auxquels il est arrivé sont des plus instructifs. Les voici résumés, nous donnerons plus loin le détail des observations :

1^{er} CAS. — Il s'agissait d'un kyste intra-hépatique, c'est le cas le plus favorable de la série, il a guéri rapidement, la fistule s'est fermée en 1 mois.

2^e CAS. — Fistule persistante. La malade a fini par succomber à des lésions pulmonaires dues probablement à cette interminable suppuration.

3^e CAS. — Fistule pendant 3 mois. Le malade quitte l'hôpital guéri le 27 janvier 1895, revu en mars 1895 il a une *éventration considérable*.

4^e CAS. — Kyste de la rate, fistule persistante après plus de 2 ans.

5^e CAS. — Kyste de la rate. 3 mois 1/2 de fistule, énorme éventration.

6 CAS. — Kyste suppuré. Succombe à des lésions pulmonaires 7 semaines après l'opération.

7^e CAS. — Fistule pendant 9 mois.

8^e CAS. — Fistule pendant 3 mois ; énorme éventration.

En somme sur ces 8 malades 1 seul a guéri convenablement, 2 sont morts des suites de leur suppuration, les autres ont tous ou des fistules ou des éventrations énormes.

Il suffit de lire les observations pour voir que M. Pierre Delbet a eu affaire à une série tout à fait normale ; il n'a du reste pas eu une seule mort opératoire.

Nous pouvons donc conclure avec lui : « La marsupialisation est une méthode médiocrement satisfaisante. La guérison est lente, incomplète, et pas toujours satisfaisante puisque même dans les cas où les fistules se ferment, il se produit souvent des éventrations. »

La marsupialisation n'est qu'un pis-aller. Elle ne doit être employée que dans les cas où on ne peut faire autrement. Elle sera donc indiquée toutes les fois que l'incision sans drainage sera impossible ; et M. Pierre Delbet en pose lui-même les indications en donnant les contre-indications de l'opération qu'il pratique aujourd'hui. Ces contre-indications seront indiquées plus loin, mais nous pouvons dire dès à présent que la marsupialisation doit être à peu près exclusivement réservée aux *kystes hydatiques suppurés*. Dans ces cas elle constitue une méthode rationnelle, la seule qui puisse leur être appliquée à l'exclusion de toutes les autres.

CHAPITRE V

Extirpation et Énucléation.

En présence des lenteurs de la guérison dans la marsupialisation, des inconvénients multiples résultant de ses fistules interminables, les chirurgiens cherchèrent à faire mieux et tentèrent d'enlever complètement le kyste et sa paroi.

Deux cas peuvent se présenter : 1° le kyste est pédiculisé à la façon des kystes de l'ovaire ; on l'enlève en sectionnant son pédicule après ligature : c'est l'*extirpation* ; 2° le kyste n'est pas pédiculisé mais plus ou moins inclus dans le parenchyme de l'organe sur lequel il s'est développé ; on l'enlève également en totalité, mais dans ce cas il faut le séparer de l'organe auquel il adhère par une véritable dissection ou tout au moins par décortication : c'est l'*énucléation*, analogue à l'opération pratiquée par Socin de Bâle dans le goître kystique.

I. — Extirpation.

L'*extirpation* constitue évidemment une méthode idéale, et l'opération de choix dans tous les cas où elle peut se pratiquer. Les malades guérissent aussi vite qu'après l'ablation d'un kyste de l'ovaire non adhérent, opération du reste tout à fait analogue.

Malheureusement les cas sont rares où l'extirpation est possible. Elle ne doit être tentée que dans les cas où le kyste est

libre dans la cavité abdominale, sans adhérences, ou, avec des adhérences faibles et faciles à vaincre, et, rattaché à l'organe sur lequel il s'est développé par un pédicule suffisamment étroit pour qu'on puisse en faire la section après ligature. Pour être très rare une telle disposition peut se présenter. Les kystes sous-hépatiques antérieurs en offrent parfois un bel exemple, lorsqu'ils se développent dans la cavité abdominale à la manière des kystes de l'ovaire. Il est bien certain qu'en présence d'un cas semblable on suivra la conduite de Terrier (1) qui le premier en France fit l'ablation totale d'un kyste de ce genre.

Mais si les adhérences sont solides, si l'intestin, les gros vaisseaux adhèrent à la tumeur, et si on s'aperçoit une fois le ventre ouvert que ces adhérences seront dangereuses à détacher, tentera-t-on de la faire en suivant le remarquable exemple de Lucas-Championnière (2) ? Dans ce cas le succès justifia la témérité de l'entreprise. Mais s'il était juste de tenter, au prix de quelques périls, une extirpation totale, alors que le chirurgien n'avait le choix qu'entre cette extirpation ou une marsupialisation, nous croyons qu'il n'en est plus de même aujourd'hui et que le procédé de M. Delbet appliqué dans ce cas aurait abouti au même résultat tout en ne faisant courir à peu près aucun danger au malade.

L'extirpation est donc un procédé idéal mais qui ne doit être pratiquée, à notre avis, que dans les cas où il peut se faire facilement, où il ne nécessite pas une dissection laborieuse et pleine de périls.

A l'extirpation doivent se rattacher les cas où le kyste hy-

(1) TERRIER, *Bull. et mém. de la Soc. de Chirurgie*, 27 mai 1886.

(2) LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, in th. POTHERAT et in th. VIGNERON.

datique s'est développé sur un organe qui n'est pas indispensable à la vie du malade, et dans lesquels on peut tenter d'enlever en bloc le kyste et l'organe dans lequel il s'est développé. Le meilleur exemple nous en est offert par les kystes de l'épiploon. Ces kystes peuvent se présenter isolément sur l'épiploon ou coïncider, ce qui arrive plus fréquemment, avec des kystes multiples de l'abdomen. Dans ces cas on peut trouver soit un ou deux kystes épiploïques, soit un grand nombre. La plupart du temps, rien n'est plus simple que de les isoler des organes voisins et de les enlever en réséquant la portion d'épiploon dans laquelle ils sont compris après l'avoir pédiculisée et liée. Nous en trouvons un remarquable exemple dans l'observation que nous citons plus loin et due à Moore (1). Ce chirurgien australien se trouvant en présence de kystes multiples de l'abdomen extrêmement nombreux, réséqua plusieurs kystes épiploïques après ligature du pédicule et traita les autres kystes dont l'abdomen était rempli par l'incision sans drainage.

En présence d'un kyste hydatique ou de plusieurs kystes de l'épiploon, il est bien certain qu'il n'y a pas d'hésitation possible et que le kyste doit être extirpé avec l'organe sur lequel il s'est développé ; toujours bien entendu à la condition qu'il n'y ait pas d'adhérences dangereuses. Mais la même règle de conduite doit-elle exister pour les kystes du rein et pour ceux de la rate ? Doit-on pratiquer dans ces cas, la *néphrectomie* ou la *splénectomie*.

L'ablation totale d'un rein doit toujours être considérée comme une chose grave. La mortalité est encore énorme,

(1) MOORE, Kystes hydatiques multiples de l'abdomen. *Intercol. med. Journ. of Australasia*, 1897.

tout particulièrement dans la néphrectomie transpéritonéale où elle est de 44 0/0 (Tuffier in *Traité de chirurgie*). Elle ne doit donc être pratiquée que lorsqu'elle est absolument nécessaire. Et, s'il est des cas de kyste hydatique suppuré ou multiple, où le rein envahi complètement est détruit en presque totalité, et où la néphrectomie s'impose, ces cas sont rares. Dans la plupart des kystes hydatiques du rein, le traitement de choix sera l'incision sans drainage avec ou sans capitonnage, qui se fera aussi facilement que pour les kystes hépatiques, et, sans faire courir au malade les dangers de la néphrectomie. Les kystes hydatiques du rein sont rares et nous ne pourrions en citer de nombreux exemples. Cependant on trouvera plus loin l'observation de Alejandro Posadas (1) dans laquelle ce chirurgien traite avec succès un kyste hydatique du rein par l'incision et l'évacuation du kyste sans drainage consécutif. Si le kyste est suppuré c'est à la marsupialisation qu'on aura recours.

Ce que nous avons dit de la néphrectomie nous pourrions le répéter pour la splénectomie appliquée au traitement des kystes hydatiques de la rate. Si le kyste est suppuré c'est à la marsupialisation que l'on s'adressera, s'il ne l'est pas l'opération de Delbet est le procédé de choix. Il ne saurait être comparé au point de vue de la facilité de son exécution et de sa bénignité opératoire avec la splénectomie.

La splénectomie (2) appliquée au traitement des kystes de la rate donne une mortalité de 15, 5 0/0, et, cependant Vanverts dans sa thèse la considère comme l'opération de choix.

(1) ALEJANDRO POSADAS, *Anales del Circulo medico Argentino*, Buenos-Aires, décembre 1895.

(2) VANVERTS, *De la splénectomie*, th. Paris, 1897.

En présence de cette grande mortalité, des difficultés souvent très considérables de la splénectomie, nous donnons certes la préférence à l'incision sans drainage bien que celle-ci n'ait pas encore suffisamment fait ses preuves.

Cependant nous trouvons dans les observations que nous publions deux cas de kystes hydatiques de la rate. L'un traité par Pierre Delbet par l'incision sans drainage avec capitonage, et, l'autre par Stirling, simplement par l'incision sans drainage, tous deux avec un succès complet.

Mais il est évident que dans les cas de kystes multiples, lorsque la rate est farcie d'hydatides, c'est à la splénectomie seule qu'on peut avoir recours. Si donc la méthode de l'incision sans drainage ne supprime pas la splénectomie et la néphrectomie appliquée au traitement des kystes hydatiques de ces organes, elle est certainement appelée à restreindre considérablement les indications de ces dangereuses interventions.

II. — Énucléation.

L'*énucléation*, telle que nous l'avons définie au début de ce chapitre, est une opération bien différente de l'*extirpation*, et Vigneron dans la thèse qu'il a publiée sur ce sujet y insiste longuement : « Par énucléation des kystes hydatiques du foie, il faut entendre une opération qui consiste, le ventre une fois ouvert, à extraire du parenchyme hépatique ou des tissus ambiants la totalité de la paroi kystique après en avoir ou non évacué préalablement le contenu, extraction qui est

(1) VIGNERON, *De l'énucléation des kystes hydatiques du foie*, th. Paris, 1895.

obtenue grâce à un travail de simple décollement, ou de dissection, ou même de décortication, suivant les caractères anatomiques du kyste. » Cette opération fut pratiquée pour la première fois par Lawson-Tait, le 7 mai 1885 dans un cas resté célèbre. Le chirurgien anglais fut suivi dans cette voie par Lucas Championnière, Whitehead, Pozzi, Bruce Clarke, Marchand, Tansini, Spiegelberg et Ricard (Voir thèse de Vigneron).

Les onze cas cités par Vigneron ont donné les résultats suivants : mortalité nulle, deux résultats médiocres, neuf excellents. Sauf dans le cas de Whitehead où le malade conserva une fistule, et dans celui de Lawson-Tait où la guérison ne fut complète qu'au bout d'un an, dans les 9 autres, la guérison fut des plus rapides ; elle survint en 17 jours dans le cas de Tansini, en 10 jours dans celui de Ricard.

Voilà donc une opération des plus tentantes, mortalité nulle, et guérison rapide, sûre et radicale. Malheureusement, elle est très rarement applicable et Vigneron dit lui-même qu'elle ne constituera jamais en pratique qu'une *opération d'exception*.

Même ainsi considérée, cette opération ne nous paraît pas aussi idéale que veut bien le dire Vigneron. Elle est souvent une opération longue, difficile et dangereuse. Dans le cas de Pozzi, l'opération bien que terminée avec succès fut si laborieuse que Pozzi se montre peu partisan de la méthode. Marchand eut à surmonter de grandes difficultés à cause des nombreuses adhérences intestinales, mésentériques et spléniques. Lucas-Championnière fut également aux prises avec de grandes difficultés, et Bouilly, Monod, Thornton durent renoncer à cette énucléation, à cause des adhérences et de la crainte des hémorrhagies.

Les kystes du foie ne sont pas les seuls où l'énucléation fut tentée. Nous avons déjà cité le cas de Spiegelberg (1) qui la pratiqua pour un kyste de la rate. Péan (2) a publié en 1897 un cas de kyste hydatique de l'abdomen traité de cette façon. Il obtint un succès, mais la dissection du kyste fut des plus laborieuses. Dans presque tous les cas, nous retrouvons cette difficulté très grande de la dissection et la nécessité du drainage consécutif.

L'énucléation pratiquée dans de telles conditions fait certes le plus grand honneur aux chirurgiens qui y ont eu recours, mais nous ne saurions conseiller de suivre leur exemple. A moins de tomber sur des cas comme ceux de Clarke où la décortication fut des plus faciles, se fit en quelque sorte d'elle-même, il est bien préférable, au lieu de faire courir au malade les dangers d'une longue et laborieuse dissection, de recourir au procédé de Delbet beaucoup plus simple, plus rapide, plus sûr et tout aussi radical.

(1) SPIEGELBERG, *Australas. med. Journ.*, octobre 1885.

(2) PÉAN, *Journ. de méd. de Paris*, 1897, p. 568.

CHAPITRE VI

Incision suivie de la suture du kyste sans drainage.

I. — Considérations générales.

Ce procédé que nous avons appelé par abréviation : procédé de l'*incision sans drainage* diffère totalement de ceux que nous venons d'étudier. Il n'est guère connu en France que depuis les communications de M. Pierre Delbet, et s'il est d'une application fréquente dans certains pays tels que l'Australie, il n'est encore que fort peu employé chez nous. Nous pensons donc qu'il est nécessaire pour les explications qui vont suivre, de nous livrer d'abord à quelques considérations générales sur l'anatomie des parois des kystes hydatiques, et sur certains faits particulièrement intéressants qui ont engagé M. Pierre Delbet à pratiquer cette opération après Thornton et Billroth.

Tout kyste hydatique présente deux enveloppes : l'une interne, l'autre externe : 1^o l'*enveloppe interne* appartient en propre au parasite, c'est la *vésicule mère*, membrane sans structure apparente, de couleur blanc-grisâtre ou jaunâtre et à demi-transparente. Une fois cette membrane enlevée avec les vésicules filles qu'elle contient le kyste ne peut plus se reproduire. De là une première indication c'est que : pour éviter la récurrence après une opération de kyste hydati-

que, il est absolument nécessaire de détruire ou d'enlever en totalité cette *vésicule mère* ; 2° l'*enveloppe externe* entoure et recouvre complètement la membrane interne. Cette enveloppe externe est une *membrane adventice*, qui *enkyste* l'être parasitaire, et appartient non plus au parasite, mais à l'individu chez lequel le parasite s'est développé. Elle est formée de tissu conjonctif plus ou moins fibreux dans lequel on trouve des débris de l'organe où la tumeur s'est développée. Cette membrane adventice, membrane de défense de l'organe contre le parasite qui l'a envahie, ne joue absolument aucun rôle dans la prolifération de ce parasite. Une fois la vésicule mère enlevée, *il n'y a plus de parasite*, et l'extirpation de cette vésicule mère est non seulement nécessaire pour obtenir la cure radicale d'un kyste hydatique, mais elle est encore absolument suffisante.

Voilà donc acquis un premier fait très important. Reste à savoir :

- 1° Si cette vésicule mère est facilement extirpable.
- 2° Si la membrane fibreuse abandonnée dans l'abdomen ne va pas continuer à sécréter.
- 3° Si elle se retraitera facilement.

A ces trois questions nous pouvons répondre avec M. Delbet :

- 1° L'ablation de la vésicule mère est toujours facile ; la membrane adventice se terminant en dedans par une surface à peu près lisse sur laquelle la vésicule mère repose sans adhérences. En dehors il n'en est pas de même, la membrane adventice se continue sans transition nette avec le tissu de l'organe sur lequel siège le kyste, et la zone où se fait cette continuation insensible est ordinairement très vasculaire.

L'extirpation totale du kyste, qui comprend l'ablation de la membrane adventice, est donc aussi difficile, aussi rarement applicable que l'ablation de la vésicule mère seule est facile et praticable dans tous les cas.

2° Si l'on observe ce qui se passe dans un kyste non suppuré, sans communication avec les voies biliaires, dans les premiers jours qui suivent l'intervention, on peut voir qu'il ne se produit aucun écoulement. C'est donc que *la membrane adventice ne sécrète rien*. L'écoulement ne se produit que quelques jours après, sans doute sous l'influence d'une infection légère.

3° Pour répondre à la 3^e question, il suffit de suivre les malades marsupialisés. Ils ont très fréquemment des éventrations, et ces éventrations siègent juste au point où la marsupialisation a été pratiquée. Ces éventrations prouvent donc que la membrane adventice, même lorsqu'elle est vaste et épaisse, est capable de se rétracter complètement, car si cette poche persistait, elle formerait évidemment une sorte de bouchon qui empêcherait les intestins de distendre la cicatrice.

Ainsi : Il suffit d'enlever la vésicule mère pour mettre le malade complètement à l'abri de la récurrence ; cette membrane est facilement extirpable ; et la membrane adventice qui reste, ne sécrète rien, et a une grande tendance à se rétracter, dès que les vésicules mère et filles sont enlevées.

Telles sont les importantes constatations qui ont conduit M. Delbet à pratiquer son opération, et à traiter ces kystes de la façon suivante : Incision large du kyste après la laparotomie, évacuation aussi complète que possible du contenu,

ablation de la vésicule mère, réduction de la cavité restante par le capitonnage de la poche fibreuse, suture de l'ouverture faite à cette poche fibreuse, réduction dans l'abdomen du kyste ainsi traité, et sutures de la paroi abdominale sans aucun drainage, comme après la plus simple des ovarioto-mies.

Tel est dans ses grandes lignes le procédé que nous allons étudier dans ce chapitre. Nous avons voulu montrer par ces quelques considérations générales qu'il constitue un procédé éminemment logique. Les observations que nous publions plus loin, montreront qu'il est aussi facile dans son application et sûr dans ses résultats, que rationnel dans ses indications.

II. — Historique.

C'est Thornton (1) qui semble avoir employé pour la première fois en 1883 le procédé de l'incision suivie de suture du kyste sans drainage consécutif. Son unique cas est consigné dans la thèse de Braine. Thornton démontra ainsi le premier : « qu'une grande cavité à condition de n'être pas suppurée peut entièrement se rétracter et disparaître sans aucune espèce de drainage, après un nettoyage complet et sans qu'il restât rien qui put amener une sécrétion nouvelle.

Son exemple fut peu suivi en Angleterre malgré le succès qu'il obtint, et seul Bond (2) en 1891 traite deux kystes de

(1) THORNTON, *Med. Times*, 1883, t. I, p. 89, et in thèse de BRAINE.

(2) BOND, *Brit. med. Journ.*, 11 avril 1891.

l'abdomen par la méthode de Thornton dont il se déclare très partisan : « Certains kystes de l'abdomen, dit-il, dans lesquels il y a des difficultés pour amener la paroi du kyste à la surface du corps, peuvent être traités par l'incision et la réduction du kyste, pourvu qu'on prenne soin de vider complètement la cavité de son liquide et des parties élastiques qu'elle contient et de suturer après les bords de l'incision. »

Billroth (1) applique au traitement des kystes hydatiques un procédé très analogue à celui de Thornton. Mais il en diffère en ce que après avoir évacué le kyste, avant de le suturer et de le réduire dans l'abdomen, il abandonne dans son intérieur une émulsion iodoformée. Billroth considère ce traitement comme le meilleur, et l'a appliqué dans 9 cas avec succès.

Ces tentatives avaient passé à peu près complètement inaperçues en France, lorsque M. Pierre Delbet imagina de traiter les kystes hydatiques de l'abdomen par un procédé analogue à celui de Thornton et de Billroth. Il communiqua son 1^{er} cas à l'Académie de médecine le 11 février 1896, et le 2^e le 5 mai de la même année. Depuis M. Delbet a eu l'occasion de pratiquer 3 autres opérations du même genre et avec le même succès. Son procédé, comme nous l'avons montré au début de ce chapitre, diffère de celui de Thornton et Billroth en ce qu'il cherche avant de suturer la poche fibreuse à réduire le plus possible sa cavité par le *capitonnage*. Le procédé de M. Delbet a été appliqué dans un cas de kyste hydatique du foie par M. Nélaton, et a été suivi d'un succès complet.

(1) BILLROTH, *Soc. imp. et roy. de méd. de Vienne*, 20 mai 1892, p. 256.

La 1^{re} opération de ce genre fut pratiquée par M. Delbet le 13 décembre 1895. Le 31 décembre de la même année un chirurgien de Buenos-Aires, Alexandro Posadas (1), publiait 4 observations de kystes hydatiques opérés par une méthode tout à fait analogue à la sienne. Les conclusions du mémoire d'Alexandro Posadas sont les suivantes : Le procédé de choix dans le traitement des kystes hydatiques non suppurés consiste dans l'incision large du kyste, *l'ablation de la membrane fertile, le resserrement de la cavité kystique restante par des sutures, la fermeture de cette cavité et son abandon dans l'abdomen sans drainage*. Ces conclusions sont les mêmes que celles de M. Delbet, mais notre maître exécuta son procédé avant qu'Alexandro Posadas ait publié le sien.

Malgré les succès de M. Delbet, celui de M. Nélaton, le procédé est fort peu employé en France. Nous voyons au contraire le procédé de l'incision sans drainage devenir courant dans ces dernières années en Australie, pays par excellence du kyste hydatique. Hamilton-Russel (2) de Melbourne l'indique comme le traitement de choix et son exemple est suivi par Poulton (3) qui obtient ainsi trois succès, par Barnett (4) qui a opéré plus d'une douzaine de kystes par l'incision sans drainage dont les résultats ont été complètement encourageants, par Moore (5) qui traita ainsi avec succès des kystes multiples de l'abdomen ; et, par Sterling (6) qui lui dut une guérison rapide dans un cas de kyste hydatique de la rate.

(1) ALEXANDRO POSADAS, *loc. cit.*

(2) HAMILTON-RUSSEL, *Internal. Quarterly Journal*, février 1895.

(3) POULTON, *The Austral. med. gaz.* Sidney, 1896.

(4) BARNETT, *The Austral. med. gaz.* Sidney, 1897.

(5) MOORE, *Intercol. med. Journ. of Austr.*, 1897.

(6) STIRLING, *Intercol. med. Journ. of Austr.*, 1897, p. 228.

III. — Manuel opératoire.

Nous venons de voir, que les chirurgiens qui avaient employé le procédé de l'incision avec suture du kyste et sans drainage consécutif, avaient eu recours en somme à deux sortes de procédés. Les uns avec Thornton et Billroth pratiquèrent simplement l'incision sans drainage, sans se préoccuper de rétrécir la poche kystique ; les autres avec Delbet cherchèrent après ablation de la vésicule mère à rétrécir la poche fibreuse par le *capitonnage*. Le capitonnage constitue une modification assez importante pour que nous décrivions séparément les deux procédés.

1^o Incision sans drainage simple (Procédé de Thornton-Billroth). — Voici comment Thornton décrit son opération : La laparotomie étant pratiquée et le kyste mis à découvert, le péritoine est protégé par des éponges, et le kyste ponctionné est évacué par l'aspiration aussi complètement que possible. Cette manœuvre permet d'abord de constater que le liquide est clair, condition absolument nécessaire à l'application du procédé. Puis l'ouverture du kyste est agrandie au bistouri, et son contenu vésicules filles et vésicule mère complètement enlevé. Le kyste bien asséché est ensuite *fixé à la paroi abdominale*, puis *complètement refermé par une suture sans drainage*. La plaie abdominale est suturée comme après une ovariectomie.

Tel est le procédé employé à peu près par tous les chirur-

giens qui ont suivi l'exemple de Thornton. Ils n'y ont guère apporté que des modifications de détails, mais le principe en est resté le même :

Billroth avant de fermer le kyste complètement, y introduit et y abandonne une émulsion iodoformée. Son exemple a été suivi par O' Conor (1). Delbet critique avec raison cette manœuvre ; ou bien, dit-il, la résorption de l'émulsion se fait vite et peut entraîner des accidents d'intoxication, ou bien elle se fait lentement et gêne la rétraction de la membrane adventice. On substitue pour un temps au kyste hydatique un kyste iodoformique. Du reste, dans le cas de O' Conor, l'introduction d'iodoforme dans la cavité kystique n'empêcha pas le kyste de suppurer après sa fermeture.

Les autres modifications ont porté surtout sur la fermeture du sac kystique, et sur sa fixation à la paroi abdominale. La suture du kyste à la paroi à la manière de Thornton est également pratiquée par Barnett et par Stirling : « J'unis les bords du kyste à la paroi abdominale, dit Barnett, de telle sorte que si la suppuration survient, je puis facilement rouvrir le sac et y mettre un drain. » C'est donc uniquement dans la crainte d'une péritonite déterminée par la suppuration consécutive du kyste que celui-ci est fixé à la paroi abdominale. Et cependant cette crainte est chimérique. Dans le cas de O'Conor et dans un des cas de Poulton où la cavité suppura, le kyste n'avait pas été fixé à la paroi, et cependant il n'y eût aucun accident fâcheux. En effet, la fermeture du kyste par des sutures isole suffisamment celui-ci, pour que si la suppuration survient dans son intérieur, des adhérences

(1) O' CONOR, *Glasgow med. Journ.*, 1897, p. 315.

aient le temps de se produire et de protéger le péritoine. Ce n'est pas là une vue théorique, puisque les choses se passèrent exactement ainsi dans les 2 cas que nous citons et où l'on n'eut qu'à donner un coup de bistouri dans l'abcès devenu adhérent à la paroi. La suture du kyste à la paroi est donc une manœuvre inutile ; et non seulement inutile, mais nuisible, car elle crée des adhérences, et peut immobiliser des organes en position vicieuse.

Quant à la fermeture du sac fibreux, c'est là une manœuvre indispensable, à ce qu'il nous semble, et il nous paraîtrait fort imprudent d'imiter Hamilton-Russell qui conseille une fois le kyste évacué de le réduire dans l'abdomen, non seulement sans le drainer, mais encore sans le suturer.

M. Chaput a appliqué dans deux cas de kyste hydatique le procédé de Thornton. Dans l'un pratiqué en 1892 il eut une guérison rapide. Dans l'autre le contenu du kyste n'était pas clair, et la suppuration continua dans ce kyste. Ce dernier fait vient à l'appui de l'idée de Thornton qui pense que son procédé n'est applicable qu'aux kystes à contenu clair.

2° Incision sans drainage avec suture et capitonnage de la poche fibreuse (Procédé de Pierre Delbet). — Voici la technique de cette opération telle que nous l'a communiquée M. Delbet :

« Rien de particulier dans le premier temps de l'opération qui consiste à pratiquer une laparotomie ordinaire. Le kyste découvert, s'il peut être en partie attiré hors du ventre, je l'incise immédiatement. Le plus souvent, sa tension ne permet pas de l'attirer au dehors, et en l'incisant d'emblée on laisserait son contenu se répandre dans le péritoine. Je com-

mence donc par faire une ponction aspiratrice. Dès que la diminution de tension permet au kyste de s'affaïsser, je l'attire au dehors, et j'incise largement après avoir protégé le péritoine avec des éponges.

« L'étendue de l'incision faite à la membrane adventice est naturellement proportionnelle aux dimensions du kyste. Il se peut qu'elle soit limitée par des adhérences, mais en principe il faut qu'elle soit large, pour permettre le nettoyage de la poche. On fait d'abord l'évacuation du liquide et des vésicules filles. Pendant ce temps les deux lèvres de la poche adventice incisée sont éversées hors de la plaie abdominale et le péritoine ne court aucun risque. Parfois la vésicule mère se détache au niveau des lèvres de l'incision de la membrane adventice et on peut enlever cette vésicule mère, avant d'avoir vidé complètement le kyste avec ce qui reste de vésicules filles. Mais souvent la vésicule mère se déchire et on l'enlève en plusieurs fois. En tous cas, il n'y a jamais eu de difficulté de ce côté, car cette vésicule n'adhère pas à la membrane adventice.

« Quand tout est enlevé, liquide, vésicules filles et mère, il reste une poche formée par la membrane adventice. Je l'assèche soigneusement en frottant les parois avec des éponges stérilisées mais sans faire de grattage. Il est absolument inutile d'employer aucun liquide antiseptique, puisque les kystes hydatiques sont stériles. Je pense même que les solutions antiseptiques seraient nuisibles car elles pourraient irriter la poche et amener secondairement une exsudation qui serait un obstacle à la rétraction de la poche.

« S'il existe une fistule biliaire, c'est le moment d'examiner l'intérieur de la cavité pour en découvrir l'orifice et le suturer si possible. C'est d'ailleurs un cas exceptionnel.

« D'ordinaire lorsque la poche est asséchée, il ne reste plus qu'à supprimer sa cavité. Pour cela je la capitonne et je la suture.

« Le capitonnage consiste à accoler les deux parois par des fils de catgut passés dans leur épaisseur. Avec des aiguilles à pédale coudée et très courbe je passe un gros catgut dans l'une des deux parois. Ce fil entre et sort par la face interne, embrochant une épaisseur de tissu suffisante pour que ce point d'appui soit solide. Il n'est pas nécessaire que cette épaisseur soit considérable, car la membrane adventice est résistante ; quelques millimètres suffisent. En revanche je m'applique à ce que l'aiguille chemine longuement dans la paroi même de façon que l'orifice d'entrée et l'orifice de sortie soient éloignés de 1 cent. $1/2$ à 2 centimètres et même davantage. Je passe ensuite le même fil de la même façon au point symétrique de la paroi opposée. Les deux chefs du fil sont saisis dans des pinces. Il ne faut pas faire le nœud immédiatement, car il deviendrait alors presque impossible de passer les autres fils.

« Je place ainsi 2, 3 ou 4 fils en commençant par les plus profonds. Grâce au long cheminement de chaque fil dans la paroi, on arrive à supprimer la cavité d'un kyste considérable avec un petit nombre de points. Je ne cherche pas du reste à obtenir une suppression totale de la cavité, ni à affronter les deux parois opposées dans toute leur étendue. Il importe assez peu qu'il reste par place quelques millimètres entre les deux parois.

« Le capitonnage terminé, je ferme l'incision de la membrane adventice. Un surjet suffit pour cela, si les parois au niveau de l'incision sont assez minces pour se laisser plier,

je passe le fil à la manière de Lembert. Si les parois sont rigides je fais un surjet ordinaire. Les points de Lembert me paraissent préférables en principe.

« Dans mes premières opérations par le capitonnage et la suture, je me suis efforcé de réséquer la plus grande étendue possible de la membrane adventice. Puis j'ai vu la rétraction même de kystes très volumineux se faire si complètement et si rapidement que je considère les résections partielles comme absolument inutiles. Si la membrane est très mince au niveau où elle a été incisée, il n'y a certes aucun inconvénient à en enlever. Mais pour peu que la paroi soit épaisse, qu'il existe des adhérences gênantes, il faut recourir à la résection partielle de la membrane adventice. Il est absolument inutile de détacher péniblement des adhérences qui sont presque toujours très vasculaires, de s'exposer si la paroi est très épaisse à lier des organes importants, comme cela m'est arrivé pour la vésicule biliaire, en un mot il est absolument inutile de se donner la moindre peine, pour faire une résection qui ne hâte pas la guérison d'un jour.

« Le kyste capitonné et suturé, je le réduis dans l'abdomen, et je suture la paroi abdominale sans faire le moindre drainage. Le kyste n'étant nullement fixé à la paroi abdominale, il peut se rétracter librement, et les organes reprennent leur fonction normale. »

Telle est la technique suivie par M. Pierre Delbet, nous avons tenu à la donner entièrement telle qu'il nous l'a communiquée.

Alexandro Posadas, nous l'avons déjà vu, opère suivant une méthode très analogue. Lui aussi rétrécit le kyste autant que possible par des sutures après l'avoir évacué, et le rentre

ensuite dans l'abdomen sans le drainer et sans le fixer à la paroi. Il recommande seulement la résection d'une partie des parois kystiques aussi étendue qu'il est possible de la faire. Posadas ajoute que Castro opère comme lui à l'hôpital des Enfants de Buenos-Aires.

Dans le cas de M. Nélaton, l'opération fut exactement pratiquée suivant la technique décrite par M. Delbet.

Il est bien certain que le capitonnage ainsi pratiqué, constitue une amélioration très importante du procédé de l'incision sans drainage simple, et nous verrons en comparant les résultats des deux procédés que celui de Pierre Delbet est certainement supérieur à la méthode de Thornton-Billroth.

IV. — Indications et contre-indications.

Les contre-indications du procédé que nous venons de décrire, ont été parfaitement posées par M. Delbet. Dans sa communication à l'Académie, il reconnaissait 4 contre-indications :

- 1° La suppuration du kyste ;
- 2° L'hémorrhagie intra-kystique ;
- 3° L'existence d'une fistule biliaire ;
- 4° L'incrustation calcaire de la paroi.

Mais actuellement de ces 4 contre-indications, il ne retient plus que la première. Elle est formelle par exemple ; et dès que l'on se trouve en présence d'un liquide purulent ou simplement louche, c'est à la marsupialisation que l'on doit avoir recours.

L'hémorrhagie intra-kystique n'est pas à craindre quand on

respecte la membrane adventice. Les coupes histologiques de cette membrane montrent qu'elle est très vasculaire, mais que les vaisseaux ne viennent pas jusqu'à la face interne. Elle se termine de ce côté par une zone fibreuse, avasculaire, sur laquelle repose la vésicule mère. Si on se borne après avoir enlevé la vésicule mère, à nettoyer la poche avec une éponge sans la gratter, il n'y a pas de danger d'hémorrhagie immédiate. Quant aux hémorrhagies secondaires, elles ne peuvent se produire que par une infection, lorsqu'on fait le drainage ; avec le capitonnage, il ne peut en être question.

M. Delbet admettait dans sa première communication que l'existence d'une fistule biliaire était une contre-indication formelle. Mais dans le 2^e cas où il appliqua son procédé, il y avait une fistule biliaire qu'il put fermer. Il procéda ensuite au capitonnage et à la suture du kyste qu'il rentra dans l'abdomen sans drainage. Les suites furent absolument normales, le malade était guéri en un mois. Aussi M. Delbet pense-t-il aujourd'hui que l'existence d'une fistule biliaire n'est pas un obstacle insurmontable à la condition qu'elle soit accessible et qu'on puisse la fermer par une suture avant de procéder au capitonnage.

L'incrustation calcaire, si elle est poussée au point de rendre la paroi absolument rigide, rendrait évidemment le capitonnage impossible. Mais c'est là un fait qui ne peut se présenter que très rarement et seulement dans de vieux kystes où les hydatides sont mortes.

Quant au volume du kyste il ne peut fournir par lui-même de contre-indication, puisque dans 3 cas M. Delbet se trouva en présence de tumeurs dont la capacité était de 2 à 3 litres.

En somme l'extirpation et l'énucléation n'étant que des

procédés d'exception, le traitement chirurgical des kystes hydatiques abdominaux se compose de deux interventions : la marsupialisation et l'incision avec suture sans drainage.

Chacune d'elles a ses indications bien spéciales, son champ parfaitement limité :

A la marsupialisation appartiennent tous les kystes suppurés ; tandis que l'immense majorité des kystes à contenu clair peuvent et doivent être traités par l'incision avec suture sans drainage.

V. — Résultats.

Il nous reste à examiner maintenant, d'après les observations que nous publions plus loin, quels ont été les résultats de l'*incision sans drainage*. Cette méthode paraît avoir été appliquée au moins une quarantaine de fois depuis Thornton, en comptant les 8 cas cités sans détail par Billroth, et les 12 cas auxquels Barnett fait allusion dans sa communication. Mais n'ayant pu nous procurer ces observations, nous ne jugerons la méthode que sur les 21 que nous donnons en détail à la fin de ce travail. Sur ces 21 observations : 13 se rapportent à des kystes hydatiques du foie, 5 à des kystes de l'abdomen (X, XIV, XV, XVII, XXV), 2 à des kystes de la rate (XIX, XXIII) et 1 à un kyste du rein (XXIX).

Ces kystes étaient tous à contenu clair, sauf dans un cas dû à M. Chaput (obs. XIII). Dans ce cas le liquide du kyste était *louche et rosé* ; malgré cet aspect le kyste fut traité par l'incision sans drainage, mais il ne tarda pas à suppurer et on fut obligé de l'ouvrir et de le drainer consécutivement. Ce cas vient donc simplement à l'appui de cette idée émise déjà par

Thornton, que les seuls kystes non suppurés doivent être traités par la méthode qu'il préconise.

Ce cas étant mis à part il nous reste 20 observations. Dans ces 20 observations la *mortalité est nulle* ; tous les cas ont guéri : 18 rapidement et normalement, 2 après suppuration de la poche.

Dans les 18 cas qui ont guéri normalement les suites ont été aussi simples que celles de la plus simple ovariectomie. Car nous ne pouvons compter comme des complications la suppuration superficielle survenue dans le cas de Bond (X) et dans celui de Posadas (XXIX). Ces accidents imputables à une faute d'asepsie, n'ont rien à voir avec la méthode employée. Dans tous les autres cas la guérison est survenue en 8 jours (Posadas), 14 jours (Billroth), 17 jours (Poulton), 1 mois, (Barnett, Pierre Delbet, Nélaton).

Dans aucun des cas on ne constate de récurrence, et beaucoup d'opérés ont été revus plusieurs mois après, 4 des opérés de M. Pierre Delbet ont été revus 21 mois (Obs. XXI) ; 19 mois (Obs. XXII) ; 14 mois (Obs. XXIII) ; 8 mois (Obs. XXIV), après. L'opéré de Thornton (Obs. IX) a été revu en parfaite santé 6 mois après ; celui de O'Connor (Obs. XVIII) également 6 mois après ; celui de M. Chaput (Obs. XII) a été revu mais la date n'est pas notée.

Dans aucune observation on ne note d'éventration consécutive.

Dans 2 cas sur 20 la guérison n'est survenue qu'après suppuration de la poche kystique. Dans ces 2 cas, l'échec de la méthode est certain ; le kyste avait été ouvert vidé puis suturé et rentré sans drainage, lorsque 15 jours après dans le cas de O'Connor (Obs. XVIII), quelques jours après dans

celui de Poulton (Obs. XIV), la cavité kystique fut distendue par la suppuration. Dans ces cas il n'est pas douteux qu'il s'agisse d'un abcès développé dans le kyste lui-même, « on put voir une fois l'abcès vidé, dit O'Connor, qu'il n'était autre que le kyste rentré dans l'abdomen » ; dans le cas de Poulton le kyste fut distendu par une exsudation séreuse qui suppura ensuite. Dans ces deux cas le kyste était aseptique, et il est bien certain que la suppuration a été due à une faute d'asepsie opératoire, comme le reconnaît lui-même O'Connor.

Mais, cette faute d'asepsie, nous dira-t-on, tout chirurgien peut la commettre, et voilà un kyste rentré sans drainage, qui va suppurer en plein péritoine et peut-être déterminer une péritonite mortelle. Il est certain que la méthode que nous préconisons ne doit être employée que dans des conditions aussi parfaites que possible d'asepsie ; mais il est bien démontré aussi, justement par ces deux observations, qu'il ne faut pas exagérer les dangers de la suppuration du kyste si elle survient malheureusement. Les sutures faites à la poche suffisent sans doute à préserver momentanément le péritoine, et, permettent aux adhérences de se faire ou au chirurgien d'intervenir, avant qu'il ne soit contaminé. Dans les deux cas que nous citons, les choses se passèrent très simplement malgré cette complication. O'Connor ouvrit et draina l'abcès qui guérit complètement en 2 mois. Dans le cas de Poulton il suffit pour donner issue au pus de désunir une petite partie de l'incision abdominale, et le malade guérit en 7 semaines.

En somme, si la poche suturée et rentrée sans drainage, se reforme et suppure, on en est quitte pour l'ouvrir et la

drainer, et l'opéré est placé dans les conditions d'une marsupialisation ordinaire. C'est là ce qui peut arriver de pire en cas d'échec. Et nous avons vu que cet échec survenu 2 fois sur 20 seulement, était toujours imputable au chirurgien et non à la méthode, si celui-ci prend soin de ne l'appliquer qu'à des kystes non infectés.

Les conditions du succès sont donc : 1° *Une aseptie opératoire parfaite* ; 2° *Un kyste non infecté*. Lorsque le kyste est à contenu clair son aseptie est certaine. Mais si le kyste est en communication avec les voies biliaires et contient un liquide plus ou moins mélangé de bile, devra-t-on pratiquer la marsupialisation ? Nous avons déjà traité cette question à propos des indications. Nous avons vu que la communication avec les voies biliaires qui paraissait d'abord une contre-indication à la suture sans drainage à M. Pierre Delbet, n'était plus une pour lui depuis qu'il a pu fermer avec succès une fistule biliaire (Obs. XXII), et, pratiquer par-dessus le capitonnage et la suture. Deux conditions cependant sont nécessaires d'après lui pour que le procédé puisse être applicable aux cas où le kyste est en communication avec les voies biliaires ; c'est que : 1° *la ou les fistules biliaires soient facilement accessibles et obturables par des sutures* ; 2° *qu'il n'y ait aucun signe d'infection biliaire*.

Ces conditions étant bien établies, y a-t-il dans le manuel opératoire, telle manœuvre qui puisse être une condition du succès ? Nous avons dit déjà ce que nous pensions de la fixation de la poche à la paroi : elle est nuisible, et tout à fait inutile pour la préservation du péritoine, puisqu'elle n'avait pas été pratiquée dans les 2 cas de O'Connor et de Poulton. Quant à l'abandon dans la poche kystique d'une subs-

tance antiseptique, à la manière de Billroth, c'est une manœuvre au moins inutile. Ce n'est pas la présence d'un peu d'iodoforme qui a jamais empêché une cavité qu'on vient d'infecter de suppurar, c'est là une préservation tout à fait illusoire ; et, s'il était besoin d'en donner une preuve, nous l'aurions dans le cas de O'Connor, où le kyste suppura malgré une petite quantité d'iodoforme introduite dans sa cavité avant de le suturer.

La seule manœuvre qui, dans des conditions égales d'asepsie du chirurgien et du kyste, mette le plus sûrement à l'abri de l'insuccès, c'est le *capitonnage* de la poche fibreuse. Dans les 2 cas de suppurations que nous citons, cette manœuvre n'avait pas été faite, et cet accident n'est survenu dans aucun des cas de M. Pierre Delbet, de M. Nélaton, et de A. Posadas où le capitonnage fut pratiqué. Ce procédé, en supprimant tout espace vide, constitue une très importante amélioration de celui de Thornton-Billroth. Lorsque le kyste est rentré sans capitonnage, il ne se rétractera pas de suite si son volume est un peu considérable, par conséquent une exsudation séreuse ou sanguine peut se faire à son intérieur et l'on sait avec quelle facilité suppurent ces collections séro-sanguines. Certes, cette éventualité est des plus rares, exceptionnelle même, mais il n'en faut pas moins chercher à la prévenir.

Opérer aseptiquement un kyste aseptique, et détruire par le capitonnage le vide qui résulte de l'évacuation du parasite, telles sont les conditions du succès dans la méthode de l'incision avec suture sans drainage.

La suppuration consécutive du kyste est du reste le seul accident que l'on ait observé ; et nous avons vu combien il

était rare et peu dangereux. A part cet accident, il suffit de lire les observations pour se rendre compte de la facilité avec laquelle l'opération fut pratiquée, même dans des kystes énormes, dans des kystes profondément situés, dans des kystes multiples, et extrêmement nombreux. Dans tous les cas, l'ablation de la *vésicule mère* fut des plus faciles et ne détermina aucune hémorrhagie. Dans beaucoup même, elle put être extraite en totalité et sans rupture.

Nous pouvons donc légitimement conclure en disant que l'*Incision avec suture sans drainage* a toutes les qualités d'une excellente méthode ; elle est sûre, facile, et radicale, puisque l'extirpation totale du *parasite* met les malades à l'abri de la récurrence. Les observations ne sont peut-être pas encore très nombreuses, mais suffisamment démonstratives, pour prouver que ce procédé, surtout accompagné du capitonnage, et, pratiqué suivant la technique de M. Pierre Delbet, constitue la méthode de choix dans le traitement des kystes hydatiques abdominaux non suppurés.

OBSERVATIONS

I. — Observations de marsupialisation.

(OPÉRATIONS PRATIQUÉES par M. PIERRE DELBET.)

OBS. I. — *Kyste hydatique intra-hépatique. — Marsupialisation.*
— *Guérison de la fistule en un mois. — Mort ultérieurement de pleurésie purulente.*

Laparotomie. — M. Pierre Delbet incise 4 ou 5 centimètres de substance hépatique ; hémorrhagie formidable. Tamponnement à la gaze iodoformée. Suture du kyste à la paroi.

Guérison en un mois de la fistule.

Repris ultérieurement d'accidents étranges, pleurésie. Le foie avait paru gros à M. Delbet, il refait une laparotomie aux frères St-Jean de Dieu. Rien au foie.

Pleurésie. Ponction qui ne ramène que du liquide séreux.

Puis vomique énorme de matière purulente.

Mort pendant la vomique. Il y avait probablement un kyste hydatique du poumon.

OBS. II. — *Kyste hydatique du foie. — Marsupialisation. —*
Fistule persistante. — Mort de lésions pulmonaires.

Mme V..., 50 ans, ménagère, entrée à l'hôpital Laënnec le 19 mars 1894.

Début de la maladie il y a 11 ans par des douleurs dans l'hypochondre droit ; peu de temps après une tumeur apparaît qui augmente petit à petit.

Depuis 6 mois la malade souffre beaucoup, la tumeur grossit ; depuis 6 mois, pleurésie à droite, sur laquelle les vésicatoires ont été sans effet.

Plusieurs urticaires.

Elle a maigri énormément. Ni sucre ni albumine dans les urines.

A l'examen, on trouve une tumeur siégeant dans l'hypochondre droit, une partie de l'hypochondre gauche, et descendant à 7 centimètres au-dessus de l'ombilic. La tumeur paraît faire corps avec le foie, elle est mate, rénitente.

Opération. — Incision verticale sur le bord externe du muscle droit, longue de 6 à 7 centimètres. Ponction du kyste avec aspiration (700 gr. de liquide transparent) puis ouverture large de la poche au bistouri. De nombreuses hydatides s'échappent par l'incision. Les parois du kyste sont épaisses et résistantes, tapissées d'incrustations calcaires. Avec le doigt on extirpe une grande quantité de vésicules hydatiques formant un magma d'odeur fade. Marsupialisation de la poche après résection d'une partie de cette poche. Drainage de la cavité avec mèches iodoformées.

La poche très profonde est située tout entière au-dessus du foie, qu'elle a refoulé en bas. Il s'agit d'un kyste antéro-supérieur.

Suites : Pas de cholerrhagie. Pas d'écoulement de la poche. La malade tousse beaucoup et souffre pour expulser ses mucosités.

L'écoulement de bile commence à apparaître par la plaie le 13^e jour de l'opération. Il est très léger.

Le 3 mai 1894. — Ouverture spontanée d'une poche dans la poche principale et issue d'une grande quantité de liquide clair et transparent.

A partir de cette époque les signes de pleurésie disparaissent peu à peu. La respiration se rétablit. L'épanchement, qu'on avait supposé, dans la plèvre droite, n'était, sans doute, que cette poche supérieure développée vers le thorax et qui s'est ouverte spontanément.

Le 15 juin 1894. — La malade va beaucoup mieux. Etat général se rétablit. La poche donne de moins en moins. Expulsion de quel-

ques vésicules. La malade quitte l'hôpital le 16 juin, la poche livre encore passage à un peu de pus.

Pendant deux ans elle a été se faire penser à la Charité. La fistule suppurait beaucoup. Odeur insupportable. Nouvelles manifestations pleuro-pulmonaires. Se présente à la Charité où elle n'est pas reçue.

Elle meurt au commencement de décembre avec sa fistule, emportée par ses lésions pulmonaires.

OBS. III. — *Kyste hydatique de la région iliaque droite.* —
Marsupialisation. — *Eventration considérable.*

B..., âgé de 29 ans, garçon boucher, entre à l'hôpital Laënnec le 28 septembre 1894 porteur d'une tumeur de la fosse iliaque droite. En percutant pour avoir la matité on sent un frémissement hydatique des plus nets. Le diagnostic n'est pas douteux quant à la nature de la tumeur. Mais le siège, le point d'origine n'a pas pu être déterminé ni avant ni pendant l'opération.

Laparotomie latérale. — Au niveau de la tumeur le 15 octobre 1894. Incision parallèle à l'arcade crurale, à 3 travers de doigt au-dessus, on sectionne tous les tissus jusqu'au péritoine pariétal y compris.

On découvre immédiatement la tumeur sous la peau. Après avoir préservé la cavité péritonéale par des éponges montées, on incise la poche. Les vésicules sortent en très grande abondance. Le liquide clair et transparent est en faible quantité. Différentes poches ou diverticules secondaires semblent communiquer avec la poche principale, car les vésicules expulsées sont trop abondantes pour être contenues par la poche unique principale.

Après lavage et évacuation au doigt du contenu du kyste, on remarque qu'il est adhérent aux tuniques du cæcum et semble être développé dans la paroi même de cet intestin. Cependant il ne paraît pas communiquer avec la cavité intestinale elle-même.

Cette fusion intime de la poche avec la paroi intestinale s'oppose à l'énucléation de la poche, et on ne peut en réséquer qu'une faible partie. La poche est suturée ensuite après fermeture du péritoine pariétal et la poche est drainée à la gaze iodoformée.

Le malade quitte l'hôpital; le 27 janvier 1895, guéri avec une éventration au niveau de l'incision abdominale.

OBS. IV. — *Kyste hydatique de la rate. — Marsupialisation.*
— *Fistule persistante.*

D. Z..., 37 ans, porteuse de pain, entre à l'hôpital Laënnec le 18 avril 1895 avec une tumeur du flanc gauche.

Aucune tare héréditaire. Début de la maladie, il y a 4 ans, époque à laquelle la malade remarque pour la première fois une petite grosseur dans le ventre à gauche et en haut de l'ombilic. Depuis, cette boule, comme s'exprime la malade, a grossi petit à petit, provoquant des élancements au niveau de la rate, à 3 ou 4 travers de doigt du bord gauche de l'abdomen. Aucun trouble urinaire.

Fonctions digestives intactes. Jamais d'urticaire.

A l'examen on constate une grosse tumeur remplissant la moitié supérieure gauche de l'abdomen. Elle s'étend à 4 travers de doigt au-dessus de l'horizontale passant par l'ombilic, jusqu'à 2 travers de doigt au-dessous de cette ligne, à droite jusqu'au foie. De plus, elle remplit la fosse lombaire gauche où l'on peut la faire balloter, comme si l'on avait affaire à quelque chose d'origine rénale.

Mate à la percussion. La matité se confond avec celle du foie sans transition. On ne sent pas d'intestin en avant de la tumeur. Fluctuation manifeste. Pas de frémissement.

La tumeur remplit d'arrière en avant tout l'abdomen. Elle suit tous les mouvements de la respiration.

Le 6 mai. — *Laparotomie latérale* sur le bord gauche du droit antérieur gauche.

La paroi kystique est blanche, sans adhérences épiploïques. Incision de la poche et évacuation du liquide et des vésicules filles innombrables.

En sortant une partie de la poche, on trouve la rate accolée à sa face interne.

La rate ne paraît pas altérée.

Résection d'une partie de la paroi du kyste.

Marsupialisation de ce qui reste.

Le 29 juin la malade sort portant une fistule.

Revue au mois d'octobre 1895 la fistule persiste.

Revue pour la dernière fois le 14 septembre 1897 la fistule persiste toujours. La malade est obligée de se panser tous les jours. A part cela sa santé est satisfaisante.

OBS. V. — *Kyste hydatique de la rate. — Marsupialisation. — Fermeture de la fistule en 3 mois 1/2. — Enorme éventration.*

F. J... 57 ans, journalier est entré à l'hôpital Laënnec le 15 juin 1895 avec une énorme tumeur occupant tout l'hypochondre gauche, le flanc gauche et une partie de la fosse iliaque gauche.

Le malade fait remonter l'apparition de cette tumeur à 5 ans quand il s'en est aperçu pour la première fois. Peu de douleurs. Jamais d'urticaire.

Tumeur mate, rénitente.

Opération le 27 juin 1895. — Incision sur le bord gauche du droit antérieur gauche. Adhérence intime du péritoine et de la paroi kystique.

On incise cette paroi. Ecoulement de liquide clair, transparent, et d'un très grand nombre de vésicules filles.

On tente d'exciser la poche, mais l'adhérence est telle qu'il faut y renoncer. On suture la paroi kystique à la paroi abdominale.

Les suites de l'opération furent simples. La poche s'est réduite progressivement et le 14 octobre 1895 le malade part à Vincennes avec une légère ulcération superficielle. Bien guéri.

Revu le 4 juillet 1896. Enorme éventration, qui a pour siège la portion de la cicatrice où a été faite la marsupialisation.

OBS. VI. — *Kyste hydatique récidivé du lobe gauche du foie suppuré. — Marsupialisation. — Morte de lésions pulmonaires 7 semaines après.*

Mme F..., âgée de 29 ans entre, à la salle Chassaignac de l'hôpital

Laënnec le 5 mai 1894, pour une tumeur siégeant dans l'hypochondre gauche.

La malade a été déjà opérée le 11 octobre 1893 par M. Perrier d'un kyste hydatique du foie qu'elle avait depuis trois ans.

Ce kyste a sécrété de la bile pendant 5 mois.

Actuellement il persiste encore un orifice de la première opération au niveau du bord externe du muscle droit, et qui ne livre passage qu'à une faible quantité de liquide.

Du côté gauche, au niveau de l'hypochondre gauche il existe une tumeur qui s'étend jusque sous la ligne axillaire gauche ; de haut en bas sur une hauteur de 15 centimètres débordant de 5 à 6 travers de doigt les fausses côtes gauches.

Mate à la percussion, la matité se continue avec celle du foie. Pas de fluctuation très nette.

Peu douloureuse au début, la tumeur s'accompagne de douleurs extrêmement vives, revenant d'une façon intermittente et sous forme de crises coïncidant avec une recrudescence de la fièvre.

La température présente de grandes oscillations thermiques. Sueurs nocturnes, Tousse beaucoup. Crache peu. Jamais d'hémoptisies.

Poumon gauche : matité à la base, au sommet respiration soufflante, expiration prolongée.

Poumon droit : à la base, matité, râles fins au sommet, respiration soufflante.

Opération le 15 mai 1894. — Incision au niveau de la tumeur.

Adhérence du foie à la paroi. Trois points de suture pour fermer le péritoine à la partie inférieure avant d'ouvrir le kyste. Ponction aspiratrice. L'aiguille traverse environ 4 centimètres de tissu hépatique avant que le pus ne sorte.

Incision du tissu hépatique avec le thermo-cautère. Bientôt le thermo s'éteint dans le sang et ne chemine plus. M. Pierre Delbot achève l'ouverture avec une sonde cannelée. On extrait la poche en totalité sans difficulté. Lavage à l'eau naphtolée et boriquée.

Tamponnement de la poche à la gaze iodoformée.

Les jours suivants des pansements et lavages tous les jours. Loca-

lement amélioration sensible, mais la fièvre continue et les phénomènes pulmonaires progressent rapidement.

Le 9 juillet 1894, est passée en médecine salle Monneret, d'où elle avait été reçue, et le 15 juillet elle succombe à des lésions pulmonaires.

OBS. VII. — *Kyste hydatique suppuré du foie. — Marsupialisation. — Guérison après 9 mois de suppuration.*

Mme W..., 31 ans, tailleuse, entrée à l'hôpital Laënnec le 28 septembre 1894.

Douleurs dans le flanc droit depuis 5 ou 6 ans. Impossible d'avoir des renseignements sur le début de la tumeur.

Depuis un mois amaigrissement très rapide, anorexie, développement rapide d'une tumeur au niveau de l'hypochondre droit. Tous les soirs fièvre intense; soignée par son médecin pour une pleurésie.

A son entrée: tuméfaction considérable de l'hypochondre droit descendant jusqu'à la fosse iliaque, se prolongeant dans l'hypochondre gauche. Paroi abdominale très tendue.

Impossibilité de sentir nettement la limite inférieure qui se perd dans la fosse iliaque droite.

La partie la plus saillante de la tumeur qui correspond à 4 travers de doigt environ au-dessous du rebord costal, sur le bord externe du droit antérieur droit et qui présente une fluctuation manifeste est le siège d'une sonorité tympanique dans l'étendue de la paume de la main environ.

Opération le 29 septembre 1894. — Incision à ce niveau. On tombe sur la paroi externe de la poche du kyste, d'une minceur extrême, qui se rompt spontanément (les bords avaient été garnis d'éponges cependant avant la rupture). Issue de 3 à 4 litres d'un pus horriblement fétide contenant un nombre considérable de vésicules hydatiques.

Lavage abondant à l'eau boricuée.

Suture de la paroi du kyste à la paroi abdominale. Cavité remplie en partie avec la gaze iodoformée lavée.

Dix jours après l'opération, très bon état général. La cavité se comble très rapidement. Plus d'odeur. Mais il s'écoule un liquide brun peu abondant présentant tous les caractères de la bile.

Sort de l'hôpital le 8 novembre 1894 avec une fistule par laquelle ne s'écoule plus de bile, mais un peu de pus.

Revue le 14 septembre 1897. La fistule a persisté jusqu'en juin 1898.

Depuis elle a eu un enfant. A part quelques douleurs du côté droit, la malade est en très bonne santé. La fistule est complètement fermée.

Obs. VIII. — *Kyste hydatique du foie suppuré. — Marsupialisation.*
— *Fistule pendant 3 mois. — Eventration.*

L. A..., âgé de 62 ans, employé de commerce, entre à l'hôpital Laënnec le 18 juillet 1896, avec un kyste hydatique du foie.

Opération, le 19 juillet. — Laparotomie latérale sur le bord droit du droit antérieur. Adhérences nombreuses, lâches, ponction au bistouri après avoir isolé la cavité péritonéale par des éponges ; issue de 2 litres 1/2 d'un pus verdâtre, contenant des vésicules hydatiques et des membranes. Lavage au sublimé faible, suture de la poche à la paroi abdominale ; drainage à la gaze iodoformée.

Les suites opératoires furent simples ; mais le malade sort le 3 septembre 1896 avec une fistule.

Il revient le 14 septembre de la même année porteur d'une fistule par où s'écoule une assez abondante quantité de pus. On lui fait des injections de teinture d'iode.

Les jours suivants, la fistule diminue ainsi que le pus, mais elle persiste toujours.

Revue le 2 décembre 1896 : Eventration au niveau de la cicatrice.

II. — Observations d'incision avec suture sans drainage.

(PROCÉDÉ DE THORNTON-BILLROTH.)

OBS. IX. — *Kyste hydatique du foie. — Suture sans drainage. — Guérison.* — K. THORNTON, *Med. times and Gaz.* London, 1883,
OBS. II, Thèse de BRAINE.

Femme de 41 ans. La tumeur a débuté à l'âge de 22 ans ; elle a subi depuis un accroissement progressif, lent et sans douleur. Depuis 6 mois cette tumeur est devenue très gênante par le volume qu'elle a atteint.

Elle présente à l'heure actuelle une tumeur considérable peu fluctuante, continuant le foie et descendant jusqu'au pubis.

Etat général bon. Diagnostic : kyste de l'ovaire ou fibrome kystique de l'utérus. Laparotomie exploratrice. En passant la main dans le bassin, on sentit un petit utérus, étroitement adhérent par son fond à la partie inférieure du kyste, et en explorant plus complètement on sentit l'ovaire enfoui dans le segment inférieur droit de la tumeur.

L'exploration faite dans la partie supérieure de l'abdomen ne permit pas de sentir de ligne de démarcation entre le foie et la tumeur,

Une ponction donna issue à un liquide clair aqueux, mêlé de flocons et de membranes blanchâtres. L'ouverture fut agrandie une fois le kyste vidé, et la main introduite dans le kyste le trouva rempli des mêmes débris.

Le diagnostic de kyste hydatique était acquis, mais de quel organe venait-il ? Quand il fut vidé et rétracté on put voir que le corps qu'on avait senti dans la fosse iliaque et pris pour l'ovaire, n'était autre que la vésicule biliaire.

La cavité kystique dont les parois étaient en partie calcifiées fut soigneusement épongée. Le kyste étant très adhérent à l'utérus et aux intestins, Thornton se décida à ne pas tenter l'ablation de peur d'hémorragies.

L'ouverture du kyste fut suturée à la paroi abdominale, et tout fut fermé sans aucun drainage. La plaie abdominale fut suturée comme après une ovariectomie.

Il y avait à peu près trois livres d'hydatides qui variaient du volume d'un pois à celui d'une grosse orange.

La malade fut très faible les trois premiers jours et l'on pensa qu'il se faisait une hémorrhagie dans le sac. Un peu de digitale ramena le calme.

Le 11^e jour le pansement fut enlevé. La malade se leva au bout de 3 semaines, et 4 semaines après l'opération elle sortait guérie.

Revue 6 mois après, elle se portait très bien.

Remarques. — Dans ce cas, dit Thornton, le kyste était unique, et semblait avoir détruit si complètement le foie, qu'on s'étonnait que la patiente put vivre, et pourtant son état général était bon. Elle vint me trouver n'ayant pas subi de traitement préalable et je pus faire une opération aseptique et démontrer ce que j'espérais à peine à savoir *qu'une grande cavité de cette espèce, à condition de n'être pas suppurée, allait entièrement se rétracter et disparaître sans aucune espèce de drainage*, après un nettoyage complet, et sans qu'il restât rien qui put amener une sécrétion nouvelle il fallut simplement évacuer entièrement les hydatides, et le faire de façon à éviter l'accès de toute cause de putréfaction. En quelques semaines la tumeur avait disparu, sans que la rétraction ait apporté le moindre trouble dans les fonctions du foie surdistendu pendant si longtemps. Il semble probable que le sang qui ne manqua pas de tomber dans la cavité kystique les premières heures après l'opération se coagula et aida à l'oblitération de la cavité.

OBS. X. — *Kystes multiples de l'abdomen. — Incision, évacuation sans drainage ou avec un drainage de quelques heures seulement après l'opération. — Guérison. — BOND, British med. J., 11 avril 1891 (résumée).*

Il s'agit d'un jeune homme qui présentait des kystes multiples de l'abdomen.

Un kyste siégeait dans la fosse iliaque droite et était du volume d'une grosse orange. Le contenu était clair. Il fut évacué, gratté et rentré dans la cavité péritonéale.

Un autre kyste plus gros existait dans la région épigastrique mais il fut réservé pour une opération ultérieure. Guérison.

Cinq mois après que cette opération fut pratiquée, le kyste épigastrique était devenu gros comme une tête de fœtus. Il fut traité comme le précédent. Deux autres petits kystes existaient aussi, du volume d'une balle de cricket. L'un d'eux siégeait dans l'épiploon et fut complètement extirpé. L'autre fut traité comme le kyste épigastrique.

En suturant la paroi abdominale, Bond passa les fils dans la paroi des kystes et mit un drain dans le kyste supérieur, un drain dans le kyste inférieur. Ces drains furent enlevés 6 heures après, et la fermeture de la paroi complétée à ce moment.

Réunion parfaite sauf en un point qui suppura. Un mois après un abcès se forma dans la paroi, l'abcès fut incisé. Guérison.

Remarques. — Certains kystes hydatiques de l'abdomen, dans lesquels il y a des difficultés pour amener la paroi du kyste à la surface du corps peuvent être traités par l'incision et la réduction du kyste, pourvu qu'on prenne soin de vider complètement le kyste de ses parties élastiques et de son liquide, et de suturer ensuite les bords de l'incision.

OBS. XI. — BILLROTH, *Wiener klinische Wochens.*, 1892, n° 21.

Fillette de 12 ans. Kyste du foie de la grosseur du poing. Nettoyage du kyste. Remplissage de la cavité avec une émulsion iodoformée. Suture totale sans drainage. Guérison en 14 jours.

Billroth a employé le même procédé dans 4 autres cas avec succès. Le détail de ces cas manque.

Le 20 mai 1892 dans une communication faite à la Société impéριο-royale de médecine de Vienne, il cite 9 cas à l'appui de son procédé.

OBS. XII. — *Kystes hydatiques du foie. — Suture sans drainage d'un des kystes. — Ponction simple de l'autre. — Guérison.* — CHAPUT (1).

V... Paul, 57 ans. Salle Lallemand, lit, n° 7 (Salpêtrière).

Le malade est un ancien gendarme retraité très robuste. C'est vers le mois de juillet 1891 qu'il s'aperçut d'une tumeur abdominale qui depuis ce moment a peu à peu augmenté.

Pendant l'hiver il a eu de l'urticaire et quelques légères douleurs dans l'épaule droite. Pas de dégoût pour les graisses, pas d'ictère.

Il entre à la Salpêtrière dans le service de M. Chaput, le 27 septembre 1892; à son entrée on constate l'existence d'une tumeur placée dans la région épigastrique. Cette tumeur est lisse, mate et rénitente. A droite la matité commence au niveau du 6^e espace sur la ligne mamelonnaire et finit sur la ligne qui joint l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'ombilic. A gauche la matité déborde la ligne médiane. La tuméfaction est surtout très nette entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic, et à ce niveau on perçoit très nettement le frémissement hydatique. Pas de pleurésie, un peu d'albumine dans les urines.

Laparotomie le 29 septembre 1894. — Après une incision médiane M. Chaput trouve une première bosselure à parois minces du volume d'une petite orange. La ponction de cette tumeur donne issue à 100 grammes de liquide clair. La tumeur est alors incisée largement, et par l'incision s'écoule une grande quantité de vésicules filles. Les parois du kyste incrustées de sels biliaires sont frottées avec une éponge.

Une 2^e ponction pratiquée en plein tissu hépatique permet de reti-

(1) Nous devons cette observation et la suivante à l'obligeance de M. Chaput que nous sommes heureux de remercier ici.

rer d'un second kyste deux litres de liquide clair. Ce 2^e kyste est ponctionné ensuite au bistouri, mais il est impossible de retrouver la poche. Cette incision hépatique est suturée avec des soies fines pour en amener l'hémostase.

Quant au 1^{er} kyste rencontré et vidé il fut suturé complètement et hermétiquement et la plaie abdominale est refermée sans drainage.

Les suites immédiates furent très simples, mais dans le courant d'octobre, la plaie médiane se désunit en haut et le foie fut à découvert, granulant au fond de la plaie. Le foie était gros et M. Chaput pensa que le 2^e kyste profond qui avait été seulement ponctionné s'était reproduit ; mais il n'en était rien et le malade sortit guéri le 12 octobre 1892.

Il a été revu depuis dans un parfait état de santé.

OBS. XIII. — *Kyste hydatique du foie. — Incision avec suture sans drainage. — Suppuration. — Incision et drainage. — Guérison. — Un an après kyste du foie suppuré et ouvert dans la plèvre. — Mort.* — CHAPUT.

R... Blanche, 34 ans, salle Lallemand, lit n° 8 (Salpêtrière).

D'une bonne santé habituelle, elle s'est aperçue il y a 6 ans, du développement d'une petite tumeur dans la région hépatique. La tumeur était indolente mais gênait la respiration de la malade. Cette tumeur augmentant, elle alla à Lariboisière où l'on diagnostiqua un kyste hydatique dans lequel une ponction permit de retirer environ 125 grammes de liquide clair comme de l'eau de roche. La ponction s'accompagna de soulagement immédiat. Mais la tumeur revint et avait 2 ans après un volume très appréciable.

2^e ponction à la Salpêtrière en octobre 1890. 1200 grammes de liquide. Soulagement pendant 18 mois.

Mais la respiration devenant de plus en plus difficile, les douleurs irradiées de la région hépatique vers l'épaule plus vives, la malade entre dans le service de M. Chaput le 27 août 1892.

L'examen fait à cette époque permet de constater la présence d'un

kyste hydatique du foie volumineux et probablement développé sur la face postéro-inférieure de l'organe.

Les autres organes paraissent sains, cependant la malade présente quelques signes de tuberculose pulmonaire au début.

Urine normale.

Laparotomie le 8 septembre 1892.

A 6 centimètres de la ligne médiane on pratique une incision verticale, de 12 centimètres. Le kyste apparaît, il est ponctionné, et cette ponction permet de retirer 3 litres de liquide *louche et rosé*. On place 4 points de suture cardinaux pour empêcher le kyste de disparaître. Celui-ci est rétracté à droite, et l'on fait une incision transversale pour le mieux aborder. Le kyste est alors incisé sur une longueur de 3 centimètres, la *membrane hydatique unique est extirpée avec une longue pince*. — *La poche est remplie d'eau autoclavée, puis refermée par des sutures. Suture de la paroi sans drainage*.

14 jours après fièvre intense pendant plusieurs jours, une ponction du kyste permet de retirer deux litres de liquide brunâtre d'odeur infecte. La malade guérit complètement et sort le 16 octobre 1892.

Elle rentre le 28 novembre avec une poche énorme remplie de pus qui est largement incisée et drainée, et la malade quitte l'hôpital le 15 janvier 1893.

Elle revient le 27 septembre 1893 avec un empyème de nécessité à droite. Voussure sus-claviculaire. Epanchement pleural énorme. Quelques jours auparavant elle avait eu une vomique considérable avec rejet de membranes hydatiques.

On pratique une incision sur la 9^e côte dont on résèque 10 centimètres, on tombe sur un petit abcès enkysté. 2^e Incision sur l'empyème de nécessité sur la ligne axillaire au niveau du 4^e espace ; on tombe sur une grande collection purulente à cavité cloisonnée et qui paraît formée par le poumon.

La malade meurt le 9 octobre 1893.

AUTOPSIE. — Elle révéla un kyste hydatique du foie siégeant sur sa face convexe, ouvert dans la plèvre à travers le diaphragme par un orifice large de 2 centimètres. La cavité pleurale droite contient une grande quantité de pus et de nombreuses hydatides.

Le poumon gauche est œdémateux, le droit est refoulé en haut par le kyste, le foie est adhérent à la paroi abdominale antérieure au niveau de l'incision pratiquée il y a un an. Les autres viscères sont normaux.

Remarques. — Il s'agit là en somme d'un kyste hydatique déjà infecté et qui continua à suppurer après la suture sans drainage. Ce kyste suppuré guérit après une incision large et le drainage, et M. Chaput pense que le kyste ouvert dans la plèvre et qui déterminait la mort de la malade était un second kyste développé récemment ou ayant passé inaperçu à la 1^{re} intervention.

OBS. XIV. — *Kyste hydatique de la fosse iliaque. — Incision sans drainage. — Guérison après suppuration.* — B. POULTON, *The Australasian Med. Gaz.*, Sydney, 1896, p. 318 (Obs. I).

Femme de 36 ans. Opérée 6 ans auparavant d'un kyste hydatique pelvien. Actuellement elle présente une tumeur du volume de la tête fœtale dans la fosse iliaque gauche.

Laparotomie le 2 août 1895. — La paroi abdominale est incisée parallèlement au ligament de Poupart. *La membrane adventice ouverte, le kyste est vidé, lavé, séché, et la plaie est refermée sans drainage.*

Réunion par première intention.

Mais quelques jours après, le sac fut distendu par une exsudation séreuse qui fut évacuée par ponction et suppuration. 23 jours après l'opération cet abcès fut ouvert en séparant les sutures dans une petite portion de l'incision.

7 semaines après l'opération la malade était guérie.

OBS. XV. — *Kystes hydatiques de l'abdomen. — Extirpation de 2 kystes épiploïques. — Un grand kyste placé sous le foie est vidé et rentré sans drainage ni suture. — Guérison.* — B. POULTON, *Eod. loco* (Obs. II).

Femme de 35 ans qui avait été opérée 4 années auparavant d'un

grand kyste hydatique de l'hypochondre droit par la méthode de Lindemann.

Laparotomie — On trouve d'abord 2 petits kystes dans l'épiploon, extirpation complète de ces kystes après ligature épiploïque.

On trouve ensuite un grand kyste sous le lobe droit du foie. *Ce kyste est évacué par aspiration, incisé et vidé de son parasite.* La surface interne du sac fut nettoyée, *mais il ne fut pas fermé par des sutures.* La paroi abdominale fut ensuite suturée sans drainage.

Réunion par 1^{re} intention le malade sortit guéri parfaitement le 17^e jour après l'opération.

OBS. XVI. — *Kyste hydatique sous hépatique. — Incision sans suture et sans drainage. — Guérison.* — POULTON, *Eod. loco* (Obs. 3).

Homme de 33 ans chez lequel on diagnostiqua un kyste hydatique à la fois dans le lobe gauche et le lobe droit du foie s'accompagnant d'ictère et de décoloration des matières fécales.

Laparotomie. — Le péritoine est très épaissi, et à son ouverture il s'écoule une grande quantité de sérum mêlé de bile. La surface du foie est d'un brun rougeâtre et présente çà et là de petites élevures. La vésicule biliaire distendue est vidée par ponction. On trouve alors sur le bord postérieur du lobe carré une saillie arrondie. Une ponction faite dans cette tumeur en ramena du liquide hydatique clair.

La tumeur fut ensuite incisée et le parasite enlevé avec des pinces tire-balles. Il n'y avait pas de vésicules filles. *Le sac fut lavé et à cause de sa profondeur on ne tenta pas de suturer ses bords.* La plaie abdominale fut suturée comme d'habitude sans drainage.

Le lendemain il y eut un léger suintement de sérum mélangé de bile par la plaie, 2 jours après l'opération il n'y avait plus de bile dans l'urine, les selles étaient redevenues normales et en 16 jours l'ictère de la conjonctive avait disparu.

L'effusion péritonéale légère qui s'était produite le lendemain de l'intervention ne se reproduisit pas et le malade guérit parfaitement.

Remarques. — Poulton dit que ce cas témoigne en faveur de la méthode de Hamilton Russel appliquée à un profond kyste intra-péritonéal.

OBS. XVII. — *Kystes hydatiques multiples de l'abdomen traités en plusieurs opérations, les uns par l'extirpation, les autres par l'incision sans drainage.* — Guérison. — MOORE, *Intercolon. med. Journ. of. Austr.*, 1897, p^e 290.

F..., jeune homme de 38 ans, laboureur, entre le 30 janvier 1897, à l'hôpital de Melbourne présentant des tumeurs multiples de l'abdomen siégeant surtout dans sa partie inférieure.

1^{re} opération le 4 février. — Laparotomie médiane sous-ombilicale. Des vésicules apparaissent, les unes du volume d'une orange, les autres grosses comme des noisettes, quelques-unes sont tellement minces qu'elles se rompent dès qu'on les touche. L'épiploon est enlevé avec les vésicules qu'il contient, après avoir été lié par des ligatures en chaîne ; extirpation isolée de quelques vésicules.

Une d'elles siégeant sur l'intestin grêle est ouverte, vidée, nettoyée, suturée et réduite. De nombreux kystes apparaissent dans tout le reste de l'abdomen, le petit bassin surtout en est rempli. Mais le malade est très faible, il saigne facilement, on renonce alors à enlever dans cette première opération tous les autres kystes et le ventre est refermé et suturé *complètement* en 3 plans ; 18 kystes furent ainsi enlevés.

Guérison rapide, 18 jours après l'opération le malade quitta l'hôpital.

Mais les souffrances revinrent et il entra de nouveau à l'hôpital.

2^e opération le 24 mars 1897. — Laparotomie latérale droite sur le bord externe du muscle droit. Plusieurs kystes sont situés dans le petit bassin ; comme il est impossible de les amener dans la plaie, *ils sont vidés par aspiration, puis incisés. Leurs vésicules mère et filles sont enlevées. La membrane externe du kyste est partiellement réséquée et le reste rentré dans le petit bassin ; 4 kystes furent ainsi traités, 3 ou 4 furent entièrement disséqués, un grand kyste*

fut ouvert, nettoyé, sutturé et rentré. Plusieurs kystes épiploïques furent enlevés après ligature de leur pédicule. Un petit kyste siégeait sur le côté externe du côlon ascendant, il fut enlevé avec beaucoup de difficulté à cause de sa situation.

En explorant avec soin la cavité abdominale on constata la présence d'un grand kyste sous le foie à droite, d'un autre plus volumineux à gauche près de l'estomac et de quelques-uns du côté gauche du petit bassin. Mais pour les mêmes raisons que la 1^{re} fois le ventre fut refermé sans que ces kystes aient été opérés.

10 kystes avaient été traités dans cette première opération.

La guérison fut très rapide malgré une légère suppuration des sutures superficielles.

3^e opération le 17 avril 1897. — Laparotomie latérale sur le bord externe du muscle droit du côté gauche.

Plusieurs kystes contenus dans ce petit bassin furent incisés, vidés, nettoyés et finalement rentrés sans suture.

8 kystes épiploïques furent enlevés sans ligature. Un petit kyste placé entre l'anse sigmoïde et la paroi abdominale fut enlevé, non sans quelque difficulté. Plusieurs autres kystes furent encore extirpés. En tout 14 kystes furent traités dans cette troisième intervention.

Guérison rapide malgré l'apparition d'un abcès provenant de la cicatrice de la 2^e opération qui avait superficiellement suppuré.

4^e opération le 4 mai 1897. — Laparotomie transversale. — Un grand kyste fut vidé et enlevé, d'autres furent enlevés après ligature de leurs pédicules. — Un grand kyste épiploïque fut vidé et extirpé après ligature du pédicule épiploïque.

En tout 4 kystes furent enlevés dans cette dernière intervention. Un examen attentif de l'abdomen permit de constater qu'il n'y avait plus aucun autre kyste dans son intérieur.

Guérison rapide. Le malade quitta l'hôpital le 1^{er} février 1897.

OBS. XVIII. — *Kyste hydatique du foie. — Incision avec suture sans drainage. — Guérison après suppuration. — O'CONOR, Glasgow med. Journ., 1897 (cas 7), p. 345.*

Femme de 39 ans, vaste kyste hydatique du foie occupant à peu près tout le côté de l'abdomen.

Laparotomie le 1^{er} mars. — Incision verticale au droit de la ligne semi-lunaire. Pas d'adhérences entre le kyste et le péritoine. La cavité abdominale est protégée par des éponges. Le kyste est ponctionné avec un trocart, et cette ponction donne issue à 8 pintes de liquide hydatique clair. Le kyste est incisé largement pour pouvoir y introduire la main.

L'endocyste est enlevé et la cavité lavée avec du sublimé, puis soigneusement séchée avec des éponges. — On introduit dans le kyste une petite quantité d'iodoforme, puis ce kyste est fermé par une ligne continue de sutures à la soie, et la masse est réduite dans la cavité abdominale. — La plaie extérieure fut fermée complètement.

Les suites furent d'abord tout à fait normales, la plaie guérit par première intention et les sutures furent enlevées au 10^e jour.

Mais à partir du 15^e jour, la température monta chaque soir, le 21^e jour survint une éruption d'urticaire, le 32^e on constata un abcès placé le long du rebord costal droit. Cet abcès fut incisé, il était sous-péritonéal et adhérent au péritoine. Une pinte de pus environ fut évacuée et on put voir alors que l'abcès n'était autre que le kyste rentré dans l'abdomen et qui avait suppuré consécutivement. — Drainage de l'abcès. — Le malade sort guéri le 6 mai, c'est-à-dire 2 mois après l'opération. Il a été revu en septembre 1896 ; il était tout à fait bien portant.

Remarques. — Malgré la guéri son rapide, et bien que O'Conor pense que la suppuration du kyste a été due à une faute de technique de sa part, il ne se déclare pas très encouragé à répéter ce qu'il appelle l'opération de Bond.

OBS. XIX. — *Kyste hydatique de la rate. — Incision avec suture sans drainage. — Guérison.* — STIRLING, Note sur les kystes abdominaux. *Intercol. med. J. of Australasia*. Melbourne, mai 1897, p. 228.

Femme de 40 ans ayant été opérée autrefois par la méthode de Lindemann d'un kyste hydatique du lobe gauche du foie. Elle entre le 31 mars 1897 à l'hôpital de St-Vincent. En l'examinant on constate dans l'hypochondre gauche la présence d'une tumeur se déplaçant avec la respiration et s'étendant d'environ 3 pouces au-dessous du mamelon jusqu'au niveau de l'ombilic ; et transversalement de l'ombilic à la ligne axillaire.

Laparotomie le 6 avril. — Incision oblique parallèle au rebord costal et à un pouce environ au-dessous de lui. La rate se présente, elle est ponctionnée dans une direction oblique en haut et en dehors, et environ une pinte de liquide clair est ainsi retiré par aspiration. L'incision agrandie permet de voir que le kyste était placé à la surface externe de la rate contre les côtes. En pratiquant cet agrandissement de l'incision, une adhérence qui isolait le sac de la grande cavité péritonéale fut coupée mais suturée ensuite avec du catgut. Le sac fut alors saisi avec des pinces, ouvert avec des ciseaux, et les bords en furent fixés à la paroi abdominale avec des sutures interrompues au catgut.

La membrane mère fut enlevée ; la cavité adventice lavée avec une solution saline, et séchée avec des éponges. L'incision abdominale fut refermée par dessus le sac et sans aucun drainage.

10 avril. — Pansement, tout se passe normalement. Le 11, la place est un peu rouge, mais la région splénique est absolument normale. Le 13, aucune souffrance ; température normale. Abdomen souple. La poche adventice ne montre aucune tendance à se reformer.

Note. — Au lieu de pratiquer la méthode de Hamilton Russell, Stirling dit qu'il préféra fixer les bords du sac adventice aux aponévroses et fermer les deux ensemble sans drainage. Il n'y eut, dit-il, au-

cune espèce de suppuration et il considère cette méthode comme aussi sûre que celle de Lindemann, en même temps qu'elle abrège considérablement la convalescence qui se compte par jours au lieu de se compter par semaines.

OBS. XX. — *Kyste hydatique du foie. — Incision avec suture sans drainage. — Guérison.* — BARNETT, Quelques observations de maladie hydatique ; *The Australasian medical gaz.* Sidney, 1897, p. 222.

Jeune femme ayant été opérée par la marsupialisation, d'un kyste hydatique il y a 4 ans. La fistule avait persisté plusieurs mois suivant l'usage. Cette fistule avait fini par guérir mais en laissant une large cicatrice adhérente au foie, et qui était pour elle une source de désagréments.

Depuis quelque temps, un 2^e kyste s'était développé près du 1^{er} et c'est pour ce 2^e kyste qu'elle fut opérée par Barnett.

Opération. — Laparotomie permettant d'enlever l'ancienne cicatrice adhérente. *Incision du kyste, ablation de la vésicule mère. Suture de la cavité kystique. Sutures de la paroi sans drainage.*

Guérison par 1^{re} intention. La jeune fille quitta l'hôpital un mois après l'opération avec une cicatrice linéaire.

Remarques. — Barnett considère que tous les kystes hydatiques peuvent être traités avec succès sans drainage, avec des précautions antiseptiques. Le drain n'est nécessaire que dans les cas de kystes suppurés. Il ajoute qu'il a opéré dans les derniers mois qui précèdent sa communication plus d'une douzaine de kystes *sans drainage* et que les résultats ont été complètement encourageants.

III. — Observations d'incision avec capitonnage et suture sans drainage.

PROCÉDÉ DE M. PIERRE DELBET.

OBS. XXI. — *Kyste hydatique du foie. — Capitonnage.*
— *Guérison.* — PIERRE DELBET.

M. D..., 35 ans, entrée le 10 décembre 1895, salle Chassaignac, n° 14.

La malade avait été toujours bien portante lorsqu'elle ressentit il y a quatre ans des douleurs abdominales siégeant dans la fosse iliaque droite. Le ventre n'avait pas augmenté de volume à cette époque, l'appétit était conservé, mais toutefois la malade éprouvait une certaine répulsion pour les graisses. Il y a deux ans l'abdomen commença à augmenter de volume et la malade se trouva gênée pour marcher et respirer — cet état alla en s'aggravant lentement mais d'une façon continue jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Etat actuel. — L'état général est assez bon, bien que la malade ait maigri de plusieurs kilos. Elle se plaint de dyspnée et de douleurs abdominales. On trouve en l'examinant une tumeur abdominale nettement fluctuante, mate à la percussion, peu douloureuse à la pression. Cette tumeur distend à peu près toute la cavité abdominale surtout sa moitié droite ; elle est en avant de l'utérus et on la perçoit très nettement dans les culs-de-sac droit et antérieur.

Les autres organes sont normaux. Malgré la position bizarre de l'utérus par rapport à la tumeur, on fait le diagnostic de kyste de l'ovaire droit.

Laparotomie le 13 décembre 1895. — On tombe sur un kyste qui avait assez notablement remonté sous l'influence de la position de Trendelenburg. Ponction de ce kyste ; on évacue ainsi 2 litres de liquide hydatique. Le kysté vidé on cherche à l'amener au dehors,

ce qui présente de grandes difficultés car le foie est entraîné avec la tumeur. L'incision est prolongée par en haut jusqu'au niveau de l'ombilic. Il devient alors évident qu'il s'agit d'un *kyste hydatique de la face inférieure du foie*. La poche remonte sous le foie, qui est d'ailleurs notablement abaissé.

Le kyste ouvert est complètement vidé et l'on veut avant de le marsupialiser essayer d'en réséquer autant que possible.

Au premier coup de ciseaux pour le réséquer on ouvre une cavité comprise dans la paroi et qui n'est autre que la vésicule biliaire extrêmement allongée. La vésicule est fermée par une douzaine de points de Lembert, recouverts d'un double surjet. On s'aperçoit alors qu'il est impossible de suturer le kyste à la paroi sans intéresser la vésicule biliaire. Le kyste est nettoyé très soigneusement; on en résèque le plus possible, sans intéresser la vésicule, *on suture l'une à l'autre les deux lèvres du kyste et le tout est réduit dans l'abdomen*. Une mèche de gaze iodoformée est seulement placée jusqu'à la suture de la vésicule. Suture de tout le reste de la paroi.

Suites très simples. La mèche est enlevée le 3^e jour, les fils le 11^e jour.

Réunion complète par première intention.

La malade sort le 12 janvier complètement guérie.

La malade a été revue récemment; son état de santé était parfait.

OBS. XXII. — *Kyste hydatique du foie avec fistule biliaire. — Incision, suture de la fistule biliaire, capitonnage, suture du kyste sans drainage. — Guérison.* — PIERRE DELBET.

B. A..., âgé de 30 ans, entré le 7 février 1896, salle Malgaigne, lit n° 3. Pleurésie gauche en 1883.

Entre à l'hôpital en septembre 1895 pour une bronchite légère. C'est en examinant par hasard son abdomen à ce moment-là, que l'on constate la présence d'une tumeur indolore dépassant légèrement le rebord des fausses côtes droites. Depuis cette époque augmentation lente de la tumeur. Depuis un mois douleurs dans la ré-

gion épigastrique et vers l'épaule droite ; démangeaisons sans éruption. Amaigrissement de 20 livres. Une ponction exploratrice a été pratiquée il y a quelques jours sans résultat.

Etat actuel. — On constate une tumeur arrondie de chaque côté de la ligne médiane entre l'ombilic et le rebord costal. La saillie du côté droit est plus marquée, elle a environ 7 centimètres de diamètre et il existe un léger soulèvement du rebord costal à son niveau. La tumeur suit nettement les mouvements respiratoires. Elle est molle mais non fluctuante. Elle appartient nettement à la face supérieure du foie ; elle est absolument mate.

Laparotomie le 11 février 1896. — Incision sur la partie culminante de la tumeur au milieu du muscle droit du côté droit. Elle commence sous les fausses côtes et descend à 10 ou 11 centimètres plus bas. Ponction aspiratrice de la tumeur. Issue de liquide clair.

La poche étant un peu vidée et une éponge introduite à la partie inférieure de la plaie, pour protéger le péritoine, le kyste est largement incisé. Les parois de l'incision kystique sont saisies avec des pinces à forcipressure et éversées au dehors. On remarque que le liquide qui en sort est de plus en plus jaune. Ablation de la vésicule mère. On voit alors de la bile en quantité assez considérable. L'incision du kyste est agrandie et on examine sa face interne. On arrive ainsi à voir la fistule biliaire, qui est profondément située sur la face gauche de la poche. Avec des aiguilles coudées et courbées on passe trois fils qui ferment la fistule. Toute la poche est alors nettoyée avec une éponge trempée dans du sublimé : on ne peut réséquer qu'une lanière d'un centimètre d'épaisseur du côté gauche. En dehors et à droite une languette de 2 centimètres jusqu'au point où la paroi devient très épaisse et se fusionne avec le foie.

La poche est capitonnée avec deux points de gros catgut avec une aiguille coudée. Le premier point amène une hémorrhagie veineuse qui s'arrête quand les fils sont serrés. L'incision du kyste est fermée par un catgut. La paroi abdominale est fermée comme d'habitude par des fils d'argent comprenant toute la paroi. En haut seulement quelques points de catgut sont placés sur le péritoine et les muscles. Pas de drainage.

Suites très simples. Les fils sont enlevés, le 21 février. Réunion par première intention. Le malade se lève le 29 février et quitte le service le 28 mars en très bon état. La tumeur avait complètement disparu. Il a été revu depuis et il est toujours parfaitement guéri.

OBS. XXIII. — *Enorme kyste hydatique probablement de la rate.* — *Capitonnage.* — *Guérison.* — PIERRE DELBET (observation résumée).

Ch..., âgé de 40 ans. *Laparotomie* le 22 juin 1896.

On tombe sur un kyste énorme qui est ponctionné et vidé. Ce kyste contenait 700 grammes de liquide et près de deux litres de vésicules. La vésicule mère est enlevée, le kyste est rétréci par 4 fils de capiton et suturé par 15 points de Lembert. Suture totale de la paroi sans drainage. Guérison.

Pendant le cours de la guérison un autre kyste se rompt et de ce kyste s'écoule une petite quantité de liquide avec des hydatides.

Le malade sort guéri.

Il a été revu le 8 août, guérison parfaite.

OBS. XXIV. — *Kyste hydatique probablement de la vésicule biliaire.* — *Incision suivie de suture et de capitonnage sans drainage.* — *Guérison.* — PIERRE DELBET.

T. V..., âgée de 26 ans, entrée le 31 août 1897, à l'Hôtel-Dieu, salle Notre-Dame, lit n° 1.

A. H. — Père mort de paralysie, ayant souffert autrefois d'une affection hépatique avec ictère. Mère bien portante. Une sœur morte tuberculeuse. Un frère bien portant.

A. P. — Fluxion de poitrine il y a 8 ans. Mariée. 1 enfant après un accouchement très laborieux.

Depuis 1 an elle éprouve des douleurs sourdes dans l'hypochondre droit. Elle consulta à ce moment un médecin qui fit le diagnostic de rein flottant. Depuis 3 à 4 mois les douleurs sont plus fréquentes et plus intenses : le point le plus douloureux correspond au siège

de la vésicule biliaire. Ces douleurs sont irradiées vers l'épaule droite. Jamais de coliques hépatiques. Jamais d'urticaire. Mais la malade a eu à plusieurs reprises une légère teinte ictérique des conjonctives coïncidant avec des poussées de fièvre.

Etat actuel. — On est frappé par une coloration brune de tous les téguments, mais cette coloration n'a rien de pathologique. L'examen permet de reconnaître dans l'hypochondre droit une tumeur convexe, rénitente, très légèrement dépressible, mais ne présentant pas trace de fluctuation. Cette tumeur continue en haut avec le bord inférieur du foie qui dépasse un peu le rebord des fausses côtes, dessine assez exactement un U dont les branches seraient coupées obliquement par le rebord costal. La hauteur maximum est d'environ 8 centimètres, la largeur 6 à 7 centimètres. La tumeur n'est pas mobilisable. Elle ne détermine pas de voussure au niveau de l'hypochondre. La tumeur est mate, et sa matité se continue en haut avec celle du foie.

Laparotomie le 27 septembre 1897. — Incision verticale de 10 à 12 centimètres sur le bord externe du muscle droit. Le péritoine ouvert, la tumeur s'est présentée, directement visible et accessible que dans une faible portion de son étendue à cause des adhérences qui la masquaient. Une ponction donna issue à du liquide clair comme de l'eau de roche. La tumeur fut incisée et des vésicules s'échappèrent. L'incision du kyste fut ensuite agrandie avec difficulté à cause des adhérences intestinales qui saignaient beaucoup. *Les vésicules filles et la vésicule mère furent enlevées.* Ceci fait, il restait la membrane adventice, très épaisse, très résistante, en partie calcifiée. Elle fut *capitonée* avec 3 fils ; puis la cavité qui avait environ le volume du poing fut fermée par un surjet au catgut. La poche fut ensuite rentrée, et la plaie abdominale fermée par une suture à trois étages, sans drainage.

Suites normales. — Les fils sont enlevés le 13 septembre. Réunion par première intention. Guérison.

Revue le 12 mai 1898. Etat parfait, cicatrice solide.

OBS. XXV. — *Kystes hydatiques multiples de l'intestin. — Incision avec sutures sans drainage et sans capilonnage. — Guérison* (1). — PIERRE DELBET.

Homme de 41 ans, entre le 4 septembre 1897, salle St-Landry, lit n° 2.

Rien de particulier dans les antécédents tant héréditaires que personnels. Le malade se plaint depuis 3 ans de douleurs abdominales sous forme de coliques, de vomissements et de diarrhée. En mars dernier, il éprouva une douleur extrêmement vive dans le flanc gauche et dans les fosses iliaques, qui l'obligea à garder le lit pendant une dizaine de jours. Il constata bientôt dans la région hypogastrique une tumeur du volume du poing. Cette tumeur augmenta lentement et progressivement, et le malade se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu.

Etat actuel. — On constate dans la région hypogastrique une tumeur lisse, arrondie, multilobulée, comme formée par l'agglomération de plusieurs petites tumeurs dissemblables ; la plus volumineuse ne paraissant pas dépasser les dimensions du poing. Cette tumeur occupe l'hypogastre et une partie de la fosse iliaque gauche, elle s'élève à trois travers de doigt au-dessus du pubis. Elle est mobile transversalement et ne paraît pas adhérer à la paroi abdominale.

Les troubles fonctionnels sont presque nuls, le malade se plaint toutefois d'une douleur légère qui part des fosses iliaques et irradie vers les cuisses, les envies d'uriner sont fréquentes. Jamais d'hématuries. Selles toujours régulières et normales. Etat général excellent.

Laparotomie le 6 septembre 1897. — Incision médiane ; on tombe sur un conglomérat de masses arrondies d'un blanc grisâtre, les plus grosses avaient le volume d'une orange, les plus petites la grosseur d'une tête d'épingle. Ces masses adhéraient étroitement aux anses intestinales.

Incision d'une de ces masses d'où s'échappent un liquide clair et des

(1) Nous plaçons ici cette observation, bien qu'il n'y ait pas eu de capilonnage, à cause du petit volume des kystes, pour ne pas la séparer des autres opérations pratiquées par M. Pierre Delbet.

hydatides. La main introduite dans l'abdomen permet de sentir des kystes dans l'hypochondre, dans la fosse iliaque et jusque dans le petit bassin.

Extirpation d'un kyste du volume d'une orange et d'une grande quantité de kystes plus petits. Mais le plus gros des kystes, de la grosseur d'une belle orange, ne put être enlevé à cause de ses adhérences très vasculaires. *Il fut donc seulement vidé, nettoyé, débarrassé de la vésicule mère et suturé.* Quatre autres kystes ayant chacun la dimension d'une pomme furent traités de même. D'autres kystes plus petits furent simplement ouverts et vidés et rentrés sans sutures.

La plaie abdominale fut suturée sans drainage. Suites normales. Réunion par première intention.

Mais M. Pierre Delbet pense que la guérison n'est que momentanée, qu'il a dû rester de la graine d'hydatides, et que des interventions analogues seront ultérieurement nécessaires.

Obs. XXVI. — *Kyste hydatique du foie. — Incision avec capitonage et suture sans drainage. — Guérison. — NÉLATON (1),*

E. H..., 48 ans, entre le 20 février 1897, salle Nélaton, lit n° 46.

Ce garçon porte depuis plus d'un an une tumeur dans la région épigastrique. Cette tumeur n'occasionne pas de troubles fonctionnels. La saillie seule a attiré l'attention du jeune homme et éveillé la sollicitude de ses parents.

A l'examen on constate dans la région épigastrique, une voussure évidente à l'inspection la plus superficielle. La saillie située sur la ligne médiane entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic, est du volume du poing et déborde les fausses côtes droites. La palpation permet de sentir la tumeur s'enfoncer sous la face inférieure du foie. La tumeur est partout nettement fluctuante. Le frémissement hydatique n'existe pas. Il n'y a jamais eu aucun phénomène inflammatoire.

Laparotomie le 22 février. — Incision sur la ligne blanche décou-

(1) Nous devons cette observation à l'extrême obligeance de M. Nélaton que nous remercions ici.

vrant le kyste. Le kyste est ponctionné avec un trocart capillaire, vidé, puis ouvert. *La membrane protigère se détache alors facilement et s'enlève d'un bloc attirée au dehors par deux pinces.* Le kyste contenait environ 1 litre de liquide. La cavité du kyste étant ainsi vidée, M. Nélaton fait un *capiton* à l'aide de 7 à 8 points de catgut, qui réunissent l'une à l'autre la paroi inférieure à la paroi supérieure du kyste. Cet affrontement se fait très simplement et très facilement. Un catgut disposé circulairement ferme comme l'orifice d'une bourse l'ouverture faite au kyste et la paroi abdominale est refermée par deux plans de suture *sans drainage*.

Guérison sans accidents. Le malade sort guéri le 14 mars 1897.

OBS. XXVII. — *Kyste hydatique du foie. — Capitonage et suture sans drainage. — Guérison.* — ALEXANDRO POSADAS, *Analès del circulo medico-argentino*, 30 décembre 1895 (Obs. 2).

X. L..., 3 ans. Début il y a un an, ni douleurs, ni troubles digestifs, ni urticaire. La tumeur s'accroît lentement, son point culminant est au niveau de l'ombilic entre la ligne médiane et la ligne mamelonnaire.

Laparotomie sur le bord externe du muscle droit du côté droit. On traverse ensuite une couche de tissu hépatique sclérosé de 0,01 centimètre avant de tomber sur le kyste. Celui-ci est incisé ; *extirpation sans rupture de la membrane fertile*. La cavité est touchée par une solution d'acide phénique à 5 0/0 puis on *la rétrécit le plus possible par des sutures au catgut*. Sutures de la paroi abdominale sans drainage.

Guérison par première intention sans accidents.

OBS. XXVIII. — *Kyste hydatique du foie. — Capitonage et suture sans drainage. — Guérison.* — AL. POSADAS, *Eod. loc.* (Obs. 3).

A. F..., 40 ans. Début il y a 2 mois, pas d'urticaire ni de troubles digestifs, quelques crises douloureuses. Le kyste est développé à la face postéro-inférieure du foie.

Laparotomie latérale. — La main introduite par l'incision permet de sentir la tumeur, adhérente au côlon transverse et au grand épiploon. Incision du foie maintenu soulevé, mais blessure de la membrane kystique trop tendue, et irruption du liquide dans le péritoine. Le contenu du kyste est clair et sans vésicules filles. Le péritoine est épongé avec des compresses. La membrane péri-kystique ne peut être que très peu réséquée à cause des adhérences au côlon et au grand épiploon. *On rétrécit autant que possible sa cavité par des sutures au catgut.* Sutures de la paroi en 3 plans sans drainage. Réunion par première intention. Guérison.

Obs. XXIX. — *Kyste hydatique du rein gauche.* — *Résection de la presque totalité de la membrane fibreuse, suture du reste.* — *Guérison.* — A. POSADAS, *Eod. loc.* (Obs. 4).

L. P..., 7 ans. Tumeur de la région rénale gauche faisant saillie en avant et pas du tout en arrière. Début il y a 1 an. Pas de douleurs. Pas d'accidents, accroissement rapide depuis 2 mois.

Laparotomie sur le bord externe du muscle droit du côté gauche ; ouverture du péritoine, l'intestin est récliné à droite. Le côlon descendant est repoussé en dedans par la tumeur. Incision du péritoine postérieur, dissection et séparation de la membrane péri-kystique, le péritoine postérieur est fixé à l'antérieur au moyen de pinces de façon à opérer en dehors du péritoine. Déchirure avec la pince à dents de la membrane fibreuse. Hernie de la membrane fertile. *Extraction sans rupture de cette membrane fertile.* Extraction de la presque totalité de la membrane péri-kystique sauf d'un petit lambeau qui reste adhérent au rein transformé en une lame peu épaisse. Sutures au catgut de ce qui reste de la paroi fibreuse. Sutures des muscles et du péritoine en un plan avec de la soie (à défaut de catgut). Sutures de la peau au crin, pas de drainage. Suppuration de la plaie ; la soie s'élimine de la paroi. Pas de réaction péritonéale. Guérison.

CONCLUSIONS

I. — La *ponction évacuatrice simple* appliquée au traitement des kystes hydatiques à développement abdominal doit être rejetée comme *infidèle, souvent impraticable, et dangereuse*.

II. — La *ponction évacuatrice suivie d'injection parasiticide* est plus efficace ; cependant, elle échoue souvent, et, elle joint en outre à tous les dangers de la ponction évacuatrice simple, les risques d'intoxication liés à l'introduction de liquides antiseptiques dans le kyste.

Elle doit donc être également proscrite comme *incertaine et dangereuse*.

III. — En présence d'un kyste hydatique abdominal suppuré ou non, on doit recourir d'emblée à la *laparotomie*.

IV. — La *marsupialisation* expose les malades aux fistules interminables avec tous leurs inconvénients, et aux éventrations consécutives.

Elle doit être réservée aux kystes suppurés.

V. — L'*extirpation* et l'*énucléation* ne peuvent être que des procédés d'exception.

L'*extirpation* ne doit être tentée que dans les cas de kystes non adhérents et facilement pédiculisables.

L'*énucléation* est toujours laborieuse ; elle sera remplacée avantageusement par l'*incision avec suture sans drainage*, procédé tout aussi radical et beaucoup moins périlleux.

VI. — La méthode de choix dans le traitement des kystes hydatiques non suppurés de l'abdomen, consiste dans l'*incision suivie de l'extirpation de la vésicule mère, et de suture du kyste sans drainage.*

VII. — Cette méthode peut être appliquée suivant deux modes opératoires différents.

A. — Le procédé de Thornton-Billroth ou incision avec suture sans drainage.

B. — Le procédé de M. Pierre Delbet ou incision avec suture sans drainage, après capitonnage de la poche fibreuse.

C'est incontestablement celui de M. Pierre Delbet qui donne les meilleurs résultats.

VIII. — Ce procédé est applicable dans tous les cas de kystes hydatiques non suppurés.

IX. — Ce procédé est radical, l'ablation totale du *parasite* mettant les *malades* à l'abri de la récurrence.

Vu :

Le Président de la thèse,

TILLAUX.

Vu :

Le Doyen,

P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Achard. — *Archives générales de médecine*, octobre et novembre 1888.
Bacelli. — *Riforma medica*, juin 1887.
Barnett. — *The Australasian medical Gaz.* Sidney, 1897, p. 222.
Baudouin. — *Progrès médical*, 1887.
Bégin. — *Journal hebdomadaire*, t. I.
Billroth. — *Soc. imp. roy. de méd. de Vienne*, mai 1892.
Bond. — *Brit. med. Journ.*, avril 1891.
Bouilly. — *Congrès français de chirurgie*, 1892.
Bouveret. — *Lyon médical*, 1887.
Braine. — Thèse doct., Paris, 1886-1887.
Bryant. — *British med. Journ.*, 1878.
Champenois. — Th. doct., Paris, 1893-1896.
Chauffard. — *Traité de médecine Charcot-Bouchard*, t. III.
— *Semaine médicale*, 1896.
Chauffard et Vidal. — *Société médicale des hôpitaux*, avril 1891.
Debove. — *Société médicale des hôpitaux* 1888, et *Gazette hebdomadaire*, 1888.
Pierre Delbet. — *Bulletins de l'Académie de médecine*, 18 février 1896 et 26 mai 1896.
Demars. — Thèse doct., Paris, 1888-89.
Devic et Pouly. — *Province médicale*, Lyon, 1896, p. 497.
Dieulafoy. — *Gaz. des hôpitaux*, 1872.
Félizet. — *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1893.
Finzen. — *Archives générales de médecine*, 1869.
Gaillard. — *Archives générales de médecine*, 1890.
Hanot. — *Société médicale des hôpitaux*, 1896.
Harley. — *Medic. chirurg. Transactions*, 1866.
Hjaltelin. — *British med. Journ.*, 1859 (14 août).
Kirchener. — *Inaug. Dissert.*, Berlin, 1879.
Koëinig. — *Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXI.
Landau. — *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1880.
Lawson-Tait. — *The Lancet*, 1880.
Le Gendre. — *Soc. méd. des hôpitaux*, 1896, p. 657.

- Mesnard.** — *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1884.
Moore. — *Intercol. med. Journ. of Australasia*, 1890, p. 290.
Morin. — Thèse doct., Paris, 1890-1891.
Murchinson. — *Maladies du foie*, 1878.
O'Connor. — *Glasgow med. Journ.*, 1897, p. 345.
Péan. — *Journal de méd. de Paris*, 1897, p. 568.
A. Posadas. — *Anales del Circulo medico Argentino*, 31 décembre 1895.
Potherat. — Thèse doct., Paris, 1888-1889.
Poulet. — *Revue de chirurgie*, Juin 1886.
Poulton. — *The Australasian med. Gaz.*, Sidney, 1896, p. 318.
Récamier. — *Revue médicale française et étrangère*, 1825.
Reclus. — *Gaz. hebd.*, 1886.
Rendu. — *Dict. Dech. Art. Foie*.
Russel Hamilton. — *Intercol. Quarterly Journal*, février 1895.
Segond. — *Traité de chirurgie*, t. 7.
Sennet. — *The Lancet*, juin 1887.
Stirling. — *Intercol. med. J. of Australasia*, Melbourne, mai 1897.
Terrier. — *Bull. et mém. de la Soc. de chirurgie*, 1886.
Thornton. — *Medical Times and Gaz.*, 1883.
Tillaux. — *Traité de chirurgie clinique*, t. II.
Vanverts. — *De la splénectomie*, Thèse doct., Paris, 1888.
Verneuil. — *Soc. de chirurgie*, 1893.
Vigneron. — Thèse doct., Paris, 1895.
Viron. — *Arch. de méd. experim.*, janvier 1892.
Wilbouchewitch. — *Rev. mens. des maladies de l'enfance*, septembre 1891.
-

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot. — J. Thevenot, successeur, Saint-Dizier
